Gemeentelijke grip op zorgfraude

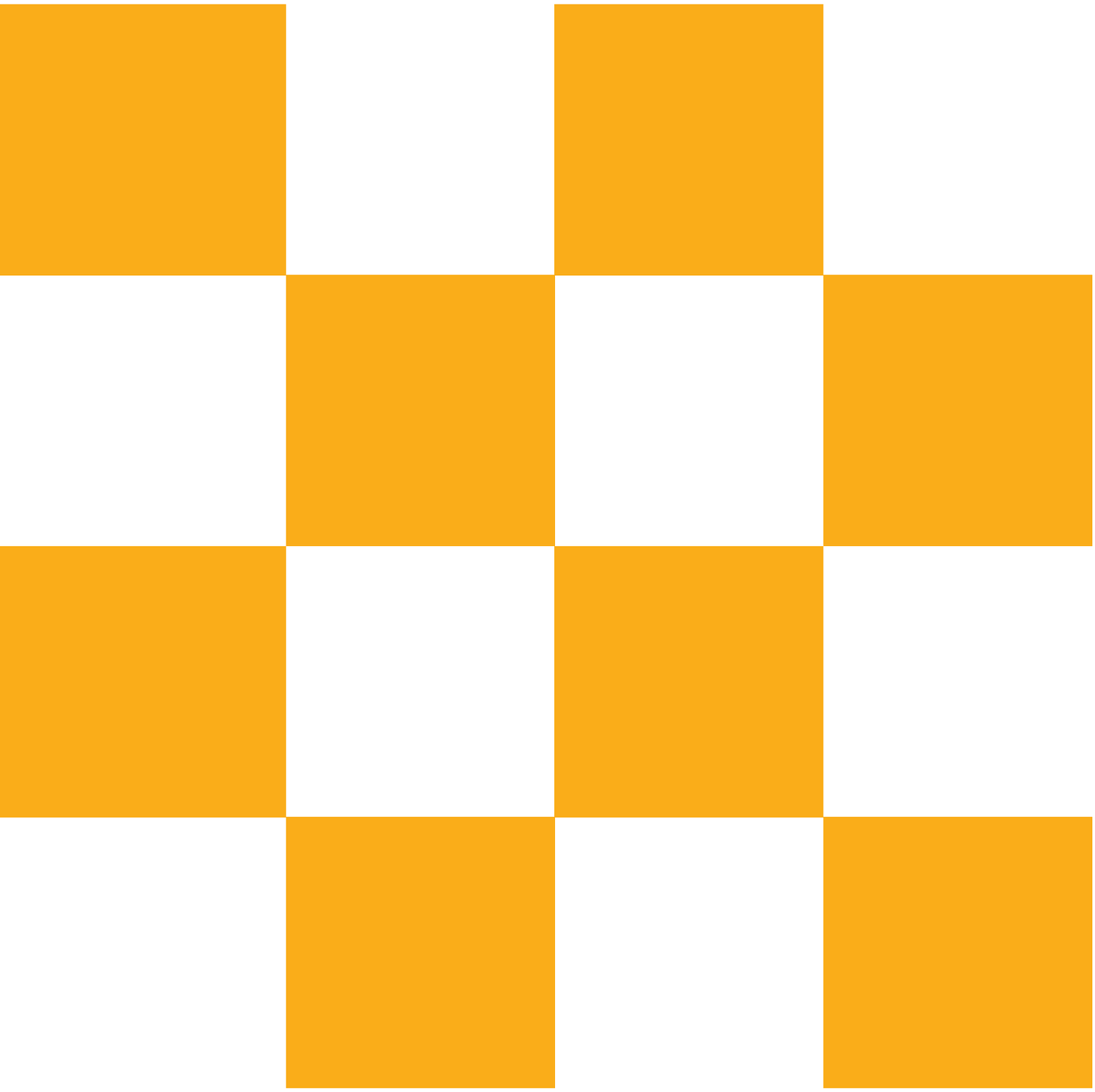
Vijf opgaven voor het lokaal bestuur om zorgfraude terug te dringen

Edward van der Torre

Thorbecke Academie 2026

THORBECKE ACADEMIE

NHL STENDEN



Deze publicatie is opgesteld door dr. Edward van der Torre in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van het project Zicht op Zorgcriminaliteit. Dit project bouwt voort op het dashboard *Zicht op Ondermijning*, dat onder verantwoordelijkheid van de afdeling Ondersteuning Bestuur van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties wordt ontwikkeld en beheerd.

Samenwerking en afstemming

Deze publicatie is tot stand gekomen dankzij de substantiële inhoudelijke bijdragen, toetsing en advisering van RIEC Midden-Nederland, RIEC Oost-Nederland, de gemeente Almere en de gemeente Almelo.









Daarnaast is de publicatie afgestemd met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Politie Oost-Nederland, de gemeenten Utrecht, Groningen, Leeuwarden en Ede, RIEC Noord-Nederland en de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG). Samen met het Ministerie van Justitie en Veiligheid hadden deze partners (met uitzondering van de gemeenten Leeuwarden, Groningen en Ede en RIEC Noord-Nederland) zitting in de door het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties samengestelde klankbordgroep.

Verantwoording

Voor de totstandkoming van dit rapport voerde de auteur twintig (groeps-)gesprekken met in totaal 47 respondenten. De gesprekken vonden plaats tussen november 2025 en mei 2026 en duurden minimaal een uur.

Er is gesproken met (32) ambtelijke professionals die werkzaam zijn bij gemeenten of gemeenschappelijke regelingen, of die vanwege hun expertise door deze organisaties worden ingehuurd. Het betrof grote, middelgrote en kleine gemeenten. De auteur voerde gesprekken met inkoopspecialisten, contractmanagers, toezichthouders, beleids- en kwaliteitsmedewerkers op het sociaal domein, juristen en ambtenaren op het gebied van openbare orde en veiligheid. Daarnaast sprak hij met twee RIEC-medewerkers, een politiemedewerker, een officier van justitie, twee medewerkers van de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG), een onderzoeker en acht medewerkers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De auteur verzorgde op 9 oktober 2025 in Den Haag en op 15 januari 2026 in Utrecht twee presentaties over de opzet en voortgang van dit project, in het kader van een bijeenkomst van het project Zicht op Zorgcriminaliteit.

In de gesprekken, bij de (vier) bijeenkomsten van de klankbordgroep en bij de twee presentaties in Den Haag en Utrecht zijn relevante documenten verzameld. Die zijn bestudeerd en gebruikt bij het opstellen van dit rapport. Ook is gebruikgemaakt van gegevens over zorgcriminaliteit die zijn verzameld ten behoeve van het dashboard Zicht op Ondermijning.

De auteur is de gesprekspartners en leden van de klankbordgroep bijzonder erkentelijk voor hun tijd, kennis en openheid. Het spreekt vanzelf dat de auteur verantwoordelijk is voor de inhoud van het rapport. Reacties op dit kader worden op prijs gesteld en worden benut bij het opstellen van een herziene versie. Ze kunnen naar de auteur worden gemaild.

Samenvatting

Grip op gemeentelijke zorgfraude

Zorgfraude is een financieel en sociaal probleem, het vergt bestuurlijke prioriteit

Zorgfraude kost gemeenten geld. Maar belangrijker nog: het treft inwoners die de zorg hard nodig hebben. Kwetsbare mensen krijgen onvoldoende zorg, worden afhankelijk gemaakt van malafide aanbieders of zelfs uitgebuit. Tegelijkertijd verdienen fraudeurs miljoenen aan publiek geld.

Zorgfraude is een bestuurlijke opgave. Gemeenten spelen een sleutelrol bij Wmo-ondersteuning en jeugdzorg. Zij bepalen wie zorg levert, onder welke voorwaarden en hoe daarop toezicht wordt gehouden.

Dit overzicht presenteert de vijf centrale opgaven en de strategische invalshoek uit het handelingskader Gemeentelijke grip op zorgfraude. Het handelingskader biedt gemeenten praktische handvatten om zorgfraude te voorkomen, te signaleren en aan te pakken.

De vraag is niet óf uw gemeente hiermee te maken krijgt, maar hoe goed u zich voorbereidt

Onderzoek laat zien dat zorgfraude steeds professioneler en georganiseerder wordt. Ook criminele netwerken zien de zorg als een aantrekkelijke markt: de financiële opbrengsten zijn hoog en de pakkans is klein. Daarnaast zijn er zorgaanbieders die niet bewust frauderen, maar wel structureel hun eigen financiële of organisatorische belangen boven die van cliënten stellen. Ook dat leidt tot slechte zorg en hoge maatschappelijke kosten.

Gemeenten kunnen de risico's op zorgfraude aanzienlijk verkleinen.

Vijf opgaven maken het verschil

Het rapport 'Gemeentelijke grip op zorgfraude' laat zien dat een effectieve aanpak vraagt om duurzame inzet op vijf samenhangende opgaven:

1. Vervul de poortwachtfunctie aan de voorkant

Screen alle nieuwe zorgaanbieders zorgvuldig, stel duidelijke kwaliteits- en integriteitseisen, maak Bibob-toetsing in contracten mogelijk en overweeg serieus om Bibob-toetsing in te passen in het inkooptraject.

2. Werk aan de poortwachtfunctie van lokale teams in de tweede lijn

Professionals die indicaties stellen en inwoners spreken over lopende zorgtrajecten, horen vaak als eerste hoe de zorg in de praktijk verloopt. Zorg dat zij signalen van zorgfraude herkennen en melden. Investeer in de situatiebeoordeling door lokale teams, zodat ze alleen zorgindicaties afgeven als de zelfredzaamheid tekortschiet. Zet tot slot vroegtijdig niet-geïndiceerde hulp in, om te voorkomen dat problemen onnodig verergeren.

3. Investeer in actief contractmanagement

Volg de prestaties van gecontracteerde aanbieders en voer op basis van kwantitatieve en kwalitatieve informatie gesprekken met aanbieders. Zoek daarbij naar normafwijkingen en stuur tijdig bij.

4. Organiseer toezicht en handhaving als volwaardige pijlers

Organiseer onafhankelijk toezicht, zodat onderzoek onrechtmatige praktijken blootlegt. Op basis van concrete informatie worden passende maatregelen getroffen, zodat misstanden worden aangepakt. Benut de kennis van toezichthouders bij beleidsvorming, inkooptrajecten, contractmanagement en handhaving.

5. Geef samenwerking prioriteit en focus
Geef de aanpak zorgfraude prioriteit.
Organiseer overleg en samenwerking: binnen de gemeentelijke organisatie (tussen 'sociaal' en 'veiligheid') en met externe partners, zoals de RIEC's, politie, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Informatieknooppunt Zorgfraude (IKZ). Deel waar mogelijk informatie en bouw een goed informatiebeeld op over zorgfraude.

Relatiebeheer én grenzen stellen

De kern van het rapport is dat een effectieve aanpak vraagt om twee dingen tegelijk. Werk samen met professionele zorgaanbieders die telkens weer bewijzen dat ze professionele ruimte verdienen. Stel tegelijkertijd normen, controleer de naleving daarvan, zoek continu naar aanwijzingen voor zorgfraude en grijp in wanneer dat nodig is:

Professionele ruimte voor zorgaanbieders zonder screening, controle en toezicht is *grenzeloos*. Controle en toezicht zonder samenwerking met zorgaanbieders is *eindeloos*.

Wat vraagt dit van bestuurders?

De vijf opgaven uit dit rapport wijzen op belangrijke vragen:

- Screenen we nieuwe zorgaanbieders zorgvuldig en stellen we duidelijke eisen aan kwaliteit en integriteit? Wat kunnen we verbeteren bij nieuwe inkooptrajecten?
- Zijn lokale teams voldoende toegerust voor hun belangrijke taken? Zoals het stellen van indicaties, het volgen van zorgtrajecten en het signaleren van zorgfraude? Wordt vroegtijdige hulp zonder indicatie opgestart, om onnodige inzet van (kostbare) geïndiceerde zorg te voorkomen?
- Hebben we voldoende zicht op hoe gecontracteerde zorgaanbieders (en hun onderaannemers) presteren? Wordt gezocht naar normafwijkingen en nemen we in dat geval passende maatregelen?
- Zijn toezicht en handhaving binnen onze gemeente goed georganiseerd?
- Werken we binnen de gemeente en met partners effectief samen om zorgfraude te voorkomen en aan te pakken?

Gemeenten kunnen in korte tijd (laten) beoordelen hoe ze presteren: wat gaat goed, wat gaat voldoende, en op welke punten is vooruitgang nodig? Dit helpt bij gerichte versterking van de zorgfraude-aanpak.

Lees verder

In de tekst zijn onderwerpen en namen onderstreept. Meer informatie hierover vind je in het online rapport via nhlstenden.com/projecten/gemeentelijke-grip-op-zorgfraude of scan de QR-code.

Dit rapport is een praktisch handelingskader. Per opgave beschrijft het wat gemeenten, in samenwerking met elkaar en hun partners kunnen doen, welke instrumenten en werkwijzen beschikbaar zijn en hoe die benut kunnen worden.

Wie de vijf opgaven stap voor stap versterkt, vergroot de weerbaarheid tegen zorgfraude, bespaart geld en beschermt inwoners.

Belangrijke aanbevelingen uit het handelingskader zijn beknopt op een rij gezet in een **lijst met praktische actiepunten**. Scan de QR-code of ga naar nhlstenden.com/projecten/gemeentelijke-grip-op-zorgfraude voor deze lijst.

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave

1. Zorgfraude: een gemeentelijke topprioriteit 8

1.1 Georganiseerde en structurele zorgfraude 9

1.2 Aanpak zorgfraude als sociale opgave: cliënten beschermen 12

1.3 Een dubbelstrategie: relatiebeheer en normstelling 13

2. Poortwachtfunctie aan de voorkant: screening en normstelling 15

3. Lokale teams: poortwachtfunctie in de tweede lijn 24

4. Contractmanagement: relatiebeheer en grenzen stellen 34

5. Toezicht en handhaving: volwaardige pijlers 41

6. Samenwerking: focus, kennis en gedoseerde integraliteit 48

Literatuur- en bronnenlijst 56

Bijlage 1 Kwaliteit en integriteit instrument Twente: uitsluitingsgronden en risico-indicatoren 61

1

Zorgfraude: een gemeentelijke topprioriteit

1.1 Georganiseerde en structurele zorgfraude

Zorgfraude: een miljarden-kwestie

De decentralisatie van het sociaal domein legt sinds 2015 de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (verder: Wmo 2015) en van de Jeugdwet in handen van gemeenten.[1] Deze decentralisatie werd doorgevoerd om de zorg af te stemmen op lokale omstandigheden, in direct contact met burgers. Het is de bedoeling om te voorzien in passende en vroegtijdige zorg. Algemene voorzieningen, bijvoorbeeld buurthuizen, en zorg zonder indicatie (zogenoemde basiszorg) dienen te voorkomen dat onnodig een beroep wordt gedaan op (relatief kostbare) Wmo-ondersteuning of jeugdhulp. Kwalitatief goede zorg en kostenbeheersing zijn belangrijke doelstellingen van de decentralisatie.

In ruim tien jaar zijn veel lokale ervaringen en inzichten opgedaan. Een belangrijk inzicht is dat zorgkwaliteit en kostenbeheersing vragen om **fraudebestrijding**. Die zorgfraude heeft een georganiseerd karakter. Dat was in 2016 een nieuw fenomeen voor het sociaal domein van gemeenten (Fenger e.a., 2016). Inmiddels is duidelijk dat ook criminele netwerken zorgfraude plegen (IKZ, 2020; Van der Torre en Heijkoop, 2020; Te Bos en Diepenmaat, 2025).[2] In een brief d.d. 8 juni 2026 spreekt de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport klare taal: "Het kabinet maakt zich grote zorgen over de toenemende mate waarin ondermijnende criminaliteit zich nadrukkelijker manifesteert binnen (delen van) de zorgketen. Criminele netwerken maken misbruik van publieke middelen voor fraude, witwassen en andere vormen van georganiseerde misdaad".

Het Openbaar Ministerie schat dat jaarlijks voor ongeveer *10 miljard euro* wordt gefraudeerd met zorg: "We gaan ervan uit dat er met 10 procent van de 100 miljard euro die jaarlijks in de zorg omgaat, wordt gefraudeerd. Dat is tien miljard op jaarbasis" (Binnenlands Bestuur, 7 augustus 2024).[3] Hoewel dit niet alleen gaat om Wmo-ondersteuning en jeugdhulp, wordt voor mogelijk gehouden dat tien procent van de zorgkosten 'weglekt' vanwege fraude. Dat zorgt niet alleen voor financiële schade, want tegelijkertijd zijn kwetsbare cliënten de dupe. Zij krijgen immers bewust (sterk) ontoereikende zorg geleverd, zodat een winstmarge ontstaat ten opzichte van tarieven die uitgaan van een bescheiden winst (enkele procenten per jaar) voor bonafide zorgaanbieders. Bij dure zorgproducten worden de winstmarge en zorgverwaarlozing per cliënt opgehoogd. Als zorgproducten vaak worden geïndiceerd, worden veel cliënten geronseld en gekoppeld aan een zorgindicatie (Van der Torre en Heijkoop, 2020). Het resultaat is hetzelfde: een hoge onrechtmatige winst.

De gemeentelijke uitgaven aan Wmo-ondersteuning (maatwerkvoorzieningen) en jeugdhulp zijn sinds de decentralisatie stevig toegenomen. De totale uitgaven aan ondersteuning en hulp die onder de Wmo en Jeugdwet vallen liggen in 2024 op 21,6 miljard euro. In 2017 lag dit 43 procent lager, namelijk op 12,4 miljard euro (zie De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2026). Deze kostenstijgingen hebben tal van oorzaken, al schuilt één oorzaak in fraude of oneigenlijke praktijken door zorgaanbieders. Kostenbeheersing vergt fraudebestrijding.

Decentrale zorg: een moderne risicobranche

De kansenstructuur voor zorgfraude is door verschillende omstandigheden riant: het is eenvoudig om actief te worden als zorgaanbieder; er is vaak weinig formatie beschikbaar voor rechtmatigheidstoezicht naar zorgfraude; de ambtelijke alertheid op (mogelijke) zorgfraude is beperkt; en de kans op een strafrechtelijk

1 Zie voor een korte en heldere uitleg over verantwoordelijkheden en toezicht bij de Wmo 2015 en Jeugdwet, alsook bij de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw): Handboek zorgfraude en zorgcriminaliteit, samen weerbaar, 2025, p. 4. Zie ook het actieplan zorgfraude van de gemeente Groningen; bladzijde 6 vermeldt dit ook voor de Wet forensische zorg (Wfz).

2 Als een bron voor de eerste keer wordt vermeld, dan is (mits beschikbaar) een link opgenomen om deze bron te raadplegen. In de literatuurlijst zijn deze links ook vermeld.

3 De genoemde 10 miljard euro is een rekensom, waarbij een internationale schatting (fraude met maximaal tien procent van het fraudebudget) wordt toegepast op de Nederlandse zorguitgaven.

onderzoek is klein (zie Algemene Rekenkamer, 2022; Van der Torre e.a., 2021; Van der Torre en Heijkoop, 2020; Fenger e.a., 2016). Het zorgstelsel is complex, met versnippering van toezicht en handhaving, en er zijn knellende grenzen bij het uitwisselen van informatie over (verdenking van) zorgfraude en over kwaliteitstekorten. Daarbij gaat het niet alleen om Wmo-ondersteuning en jeugdzorg, maar ook om zorg op basis van de Wet Langdurige Zorg (verder: Wlz), de Zorgverzekeringswet (verder: Zvw) en de Wet forensische zorg (verder: Wfz). Het rechtmatigheidstoezicht ligt in handen van gemeenten (Wmo 2015, Jeugdwet) en van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wat betreft Wlz, Zvw en Wfz. Toezicht op kwaliteit is verdeeld over gemeenten (Wmo 2015) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (verder: IGJ) voor Wlz, Zvw en Wfz. Het resultaat is dat "(...) criminelen de zorgsector op grote schaal misbruiken en hierbij ongestoord hun gang kunnen gaan" (Politie Midden-Nederland, mei 2024, p. 5).[4]

Met systematische tactieken worden forse bedragen verdiend met zorgfraude. Bijvoorbeeld door te bezuinigen op personele inzet en cliënten te ronselen die ontoereikende en resultaatarme zorg accepteren. Cliënten met grote zorgbudgetten per jaar worden tevredengesteld met woonruimte of dagverblijf, waarna veel minder zorg wordt geleverd dan nodig is (Van der Torre en Heijkoop, 2020; Van der Torre, 2022).

De Algemene Rekenkamer (2022) constateert "een zorgelijk gebrek aan daadkracht" bij het bestrijden van zorgfraude. Zorgfraude wordt mondjesmaat bewezen en zelfs als fraude wordt aangetoond, leidt dit er meestal niet toe dat de fraudeur stopt of wordt gehinderd. Het georganiseerde karakter van zorgfraude was een nieuw fenomeen voor het sociaal domein van gemeenten (Fenger e.a., 2016). Inmiddels staat dit steeds meer op het netvlies. Onderzoek wijst op drie verschijningsvormen:

1. **Zorgfraude vanuit netwerken.** Netwerken en groepen leveren zorg (onder andere Wmo-ondersteuning en jeugdhulp) met de bedoeling om veel geld te verdienen met zorgfraude. De basistactiek bestaat uit het ronselen en beïnvloeden (manipuleren) van cliënten die ontoereikende zorg accepteren. Er wordt gezocht naar cliënten die kunnen worden gekoppeld aan een kostbaar zorgproduct; een 'hoge indicatie'. Of er wordt juist een groot aantal cliënten geronseld, om op grote schaal relatief eenvoudige zorg te leveren, zoals dagbesteding of huishoudelijke hulp. Fraudenetwerken beschikken (in wisselende mate) over bronnen, zoals kennis van het zorgsysteem, vastgoed, geld, financiële en fiscale kennis, personen die het contact onderhouden met gemeenten en/of kennis van 'bewezen' fraudetactieken.[5]

2. **Criminele netwerken die zorgfraude plegen.** Dit wijst op een ongemakkelijke realiteit, want er zijn criminele netwerken die zorgfraude combineren met 'klassieke' misdaad, zoals drugscriminaliteit, witwassen, investeringen in vastgoed of in bedrijven (in risicobranches). Officier van Justitie Marjolein Verwiel is duidelijk: "De georganiseerde misdaad, en dan gaat het om zware criminelen, is in toenemende mate geïnteresseerd in de pot met zorggeld. Het is een veiliger vorm van criminaliteit dan wanneer je je met wapens of drugs bezighoudt, en zorgfraude levert behoorlijk wat op" (geciteerd in Spanjers en Den Tek, 5 augustus 2024). Het komt voor dat zorgcliënten worden ingezet bij criminele praktijken, worden uitgebuit of worden gehuisvest in panden van malafide vastgoedondernemers. Ook zetten criminelen uitzendbureaus op om te frauderen met (criminele) zorg-zzp'ers. Er zijn netwerken van zorgaanbieders, zorgverleners, zzp'ers, bemiddelingsbureaus en opleiders die georganiseerde zorgfraude plegen (Politie Midden-Nederland, mei 2024). De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd constateert dat uit meldingen, rapporten en strafzaken blijkt dat sommige zorgaanbieders, bureaus en zzp'ers genoemd worden in verband met criminaliteit: "Het gaat om kwaadwillende

4 De publicatie is ook te vinden (op de pagina feiten en achtergrond) via deze link.

5 Zie voor meer informatie: Van der Torre en Heijkoop, 2020; Van der Torre, 2022; Te Bos en Diepenmaat, 2025.

mensen die zo snel mogelijk geld willen verdienen". Diploma's, Verklaringen omtrent gedrag en Ervaringscertificaten (Erkenning van Verworven Competenties) worden vervalst. De zorgsector wordt gebruikt om geld wit te wassen. Contant misdaadgeld wordt witgewassen via facturen voor niet-geleverde zorg. Het creëert schijnomzet, legitimeert zorggeld en faciliteert zwarte betalingen aan personeel (zie Van Ruitenburg, 2026; Huisjes, 28 maart 2026).[6] Complexe bedrijfsstructuren en ketens van onderaannemers en tussenpartijen verhullen criminele geldstromen (Te Bos en Diepenmaat, 2025). Criminele netwerken benutten én creëren kansen om veel geld te verdienen in de zorg.[7] Het Dreigingsbeeld Ondermijning Nederland (2026, p. 86) wijst op marktverstorende effecten, namelijk als criminele netwerken woningen opkopen en dit combineren met hypotheekfraude en/of zorgfraude.

3. **Organisatietactieken: oneigenlijke zorgpraktijken.** Systematische organisatietactieken kunnen ertoe leiden dat wordt geredeneerd en gehandeld vanuit de organisatorische en financiële belangen van de zorgaanbieder (Rekenkamer Deventer, 2021, p. 32–35; Van der Torre, 2022; Rekenkamers Noord-Limburg, 2025). Het gaat hierbij niet per se om zorgaanbieders die zijn opgericht om te frauderen. Het betreft ook gecontracteerde zorgaanbieders, met affiniteit voor zorg en professionele kennis. Bij oneigenlijke zorgpraktijken wordt geoptimaliseerd richting de organisatie en niet ten behoeve van de cliënt. Bijvoorbeeld omdat het beschikbare personeelsbestand en/of kostenoverwegingen van de zorgaanbieder bepalend zijn voor de *span of control* bij de zorg of voor de kwalificaties en opleidingen van het personeel dat wordt ingezet (Van der Torre, 2022). Een andere organisatietactiek bestaat uit het afdwingen van een zorgindicatie met een hoog tarief bij een lokaal team, omdat een schaarse zorgplaats anders aan een cliënt in een andere gemeente wordt gegund (Rekenkamer Deventer, 2021). Dergelijke organisatietactieken druisen in tegen de letter of 'geest' van het contract en/of van wetten en regels. Als doelbewust en systematisch ontoereikende zorg wordt geleverd, kan dit resulteren in zorgfraude.

De slotsom is dat de zorgsector een **moderne risicobranche** is die opportunisten en criminelen aantrekt (Van der Torre e.a., 2021). Er wordt op een strategische en structurele manier fraude gepleegd of oneigenlijke zorg geleverd. Het leidt tot dubbele verplaatsingseffecten. Zorgfraudeurs zoeken gemeenten en gemeenschappelijke regelingen (inkooporganisaties) waar ze bij Wmo-ondersteuning en jeugdzorg fraudekansen zien. Ze stappen ook over van gecontracteerde zorg naar pgb-zorg of naar een maatwerkovereenkomst. Of omgekeerd. Vanwege aangescherpte gemeentelijke screening in inkooptrajecten (zie hoofdstuk 2) is het voor fraudeurs aantrekkelijk om zorgfraude te verplaatsen van de Wmo 2015 en/of Jeugdwet naar Wlz, zo waarschuwt de Almelose wethouder Van Mierlo (Van den Elsen, 29 juni 2026).

Het systematische en goed georganiseerde karakter van malafide zorg leidt tot een verplichtende conclusie. **Het is noodzakelijk dat gemeenten prioriteit geven aan de aanpak van zorgfraude**; in collegeprogramma's, in beleidsplannen op het sociaal domein én zeker bij inkooptrajecten. Zorgcliënten dienen te worden **beschermd** tegen frauderende aanbieders. Dit rapport ('Gemeentelijke grip op zorgfraude') schept duidelijkheid over die taak door bestaande inzichten en (deel)adviezen over die aanpak te ordenen. Dit voorziet in een behoefte, want het zorgt ervoor dat het lokaal bestuur (met partners) gericht kan werken aan het fraudebestendig maken van decentrale zorg.

6 Kennisdocument. Cash Compensatie Model in arbeidsintensieve branches, 2025.

7 Zie voor meer informatie: IKZ, 2019; Van der Torre en Heijkoop, 2020; IKZ, 2020; Van der Torre, 2022; RIEC Oost-Nederland, 2023; Te Bos en Diepenmaat, 2025; Politie Nederland/NXT e.a., mei 2025.

Tabel 1.1: Over zorgfraude, zorgcriminaliteit en oneigenlijk gebruik [8]

Zorgfraude is opzettelijk misbruik van zorggeld met het oog op (eigen of andermans) financieel gewin. De basis van zorgfraude is een onjuiste declaratie. Zo'n foute declaratie wordt zorgfraude als aan drie criteria wordt voldaan: regelovertreding; een wederrechtelijk voordeel en bewust handelen.

Bij **zorgcriminaliteit** treedt vermenging op van zorg met criminele activiteiten, zoals het gebruik van misdaadgeld. Criminelen gebruiken een zorgbedrijf bijvoorbeeld om geld wit te wassen, huisvesten zorgcliënten in panden die met misdaadgeld zijn gefinancierd of bij huiseigenaren die actief zijn in de criminele wereld of zorgcliënten worden systematisch geïntimideerd of uitgebuit. Bijvoorbeeld gedwongen onbetaald werk verrichten of strafbare feiten plegen, zoals henneptoppen knippen.

Bij **oneigenlijk gebruik** is een declaratie juist (of: niet onjuist) naar de letter van de wet of het contract, maar druist in tegen de geest daarvan. De grens tussen fraude en oneigenlijk gebruik wordt diffuus als contracten, beschikkingen en financieringsmethode veel ruimte laten aan zorgaanbieders om de zorg zelf in te vullen. Het aantonen van zorgfraude wordt dan namelijk moeilijk, omdat op cliënt- en casusniveau niet (geheel) duidelijk is welke zorg moet worden geleverd. Dit laat zien dat het juist dan belangrijk is om betrouwbare en professionele zorgaanbieders te contracteren en dat het nodig is om in de contractfase hun doen en laten (en dat van onderaannemers) te monitoren. Zie paragraaf 1.3 over de dubbelstrategie bij de aanpak van zorgfraude en oneigenlijke zorg.

Conclusie 1.
De zorgsector is een **moderne risicobranche** die opportunisten en criminelen aantrekt om te frauderen. Fraude met decentrale zorg heeft een **structureel en georganiseerd** karakter. Er wordt geprofiteerd door zeer uiteenlopende partijen; van (rechts)personen uit de wereld van de georganiseerde misdaad tot gecontracteerde zorgaanbieders die (met oneigenlijke organisatietactieken) hun eigen belangen laten prevaleren boven de zorgbehoefte van cliënten. De omvangrijke en veelzijdige kansenstructuur voor zorgfraude leidt tot een **verplichtende** conclusie. Het is **noodzakelijk dat gemeenten prioriteit** geven aan bestrijding van zorgfraude: in collegeprogramma's, in beleidsplannen op het sociaal domein én bij inkooptrajecten.

1.2 Aanpak zorgfraude als sociale opgave: cliënten beschermen

Zorgfraude gaat ten koste van zorgcliënten, want die krijgen bewust ontoereikende zorg geleverd. Er lekt dus niet alleen (veel) geld weg, want de problemen van cliënten blijven bestaan of verergeren. Hier komt bij dat een categorie cliënten kwetsbaar is: door een sterke afhankelijkheid richting de zorgaanbieder accepteren ze veel. Ondermaatse zorg wordt nog eerder geaccepteerd als zorg en huisvesting worden gekoppeld; door de aard van de zorg ('beschermd wonen') of doordat zorgaanbieders en malafide verhuurders samenwerken (Tops en Van der Torre, 2024).

Als zorgcliënten ontoereikende zorg niet (langer) accepteren, dreigen ze op straat te belanden. Zo worden zorgcliënten onder druk gezet. Dergelijke manipulatie van zorgcliënten ligt in het verlengde van een basistactiek van fraudenetwerken: cliënten ronselen die effectief onder druk gezet worden om ontoereikende zorg te accepteren (Van der Torre en Heijkoop, 2020).

8 Zie ook Handboek zorgfraude en zorgcriminaliteit, Samen weerbaar, 2025.

Het komt voor dat zorgcliënten worden uitgebuit: criminele uitbuiting (bijvoorbeeld henneptoppen knippen), arbeidsuitbuiting (onder dwang onbetaalde arbeid verrichten) of seksuele uitbuiting (IKZ, 2019; LIEC, 2019, p. 40; Van der Torre en Heijkoop, 2020). De afhankelijke positie van zorgcliënten wordt zo uitgemolken.

Zorgcliënten worden ook als het ware omgekocht of verleid om ontoereikende zorg te accepteren. Cliënten krijgen bijvoorbeeld 'zakgeld' of eten samen, maar krijgen nauwelijks of geen zorg. Of cliënten krijgen woonruimte en worden verder vooral met rust gelaten, terwijl het gaat om kwetsbare personen die juist behoefte hebben aan hulp en ondersteuning (Van der Torre en Heijkoop, 2020).

De schade van zorgfraude slaat neer aan de onderkant van de samenleving; bij kwetsbare personen en huishoudens die zijn aangewezen op zorg. Deze 'sociale schade' is een zwaarwegend motief voor gemeenten om prioriteit te geven aan de aanpak van zorgfraude en van oneigenlijke zorgpraktijken. Screening, controles, toezicht en eventuele sancties worden primair gericht op zorgaanbieders. Dit is noodzakelijk om te bewaken dat zorgcliënten fatsoenlijk en professioneel worden behandeld.

Conclusie 2.
Zorgfraudebestrijding is in de kern **een sociale opgave**, omdat kwetsbare zorgcliënten ontoereikende zorg ontvangen en onder druk worden gezet om dit te accepteren.

1.3 Een dubbelstrategie: relatiebeheer en normstelling

Dit handelingskader is gebaseerd op een strategie die *twee perspectieven* combineert. Ten eerste **dialoog en relatiebeheer** met zorgaanbieders die, steeds weer, bewijzen dat ze professionele ruimte verdienen. Ten tweede **normstelling** door screening en selectie bij inkoop en door voorwaarden op te nemen in contracten, verordeningen en beleidsregels. Vervolgens zijn signalering en bijsturing door contractmanagement nodig, plus controle door toezichthouders en een vinger aan de pols via gesprekken met cliënten over zorg en zorgaanbieders door lokale teams. Relatiebeheer en normering (grenzen stellen) zijn **onlosmakelijk** met elkaar verbonden, als een twee-eenheid:

Professionele ruimte voor zorgaanbieders zonder screening, controle en toezicht is *grenzeloos*. Controle en toezicht zonder samenwerking met zorgaanbieders is *eindeloos*.

Zorgfraude verdient **gemeentelijke prioriteit**. De dubbelstrategie bij de aanpak wordt geoperationaliseerd met behulp van **vijf deelopdrachten**:

1. Alertheid en scherpte bij inkooptrajecten: normstelling in contracten en daarop gebaseerde verordeningen en beleidsregels over de aard, kwaliteit en integriteit van de zorg, met Bibob-toetsing als kans. Zie hoofdstuk 2.
2. Investeren in lokale teams, als basis voor alertheid bij indicatiestelling waarbij wordt gestuurd op zelfredzaamheid: alleen geïndiceerde zorg als dat nodig is. Medewerkers van lokale teams hebben een belangrijke rol bij het signaleren van (mogelijke) zorgfraude, omdat ze met veel inwoners spreken over zorg(aanbieders). Lokale teams kunnen met vroegtijdige hulptrajecten zonder indicatie voorkomen dat geïndiceerde zorg nodig is. Zie hoofdstuk 3.
3. Monitoring van het presteren van zorgaanbieders door contractmanagers: het voeren van periodieke gesprekken met zorgaanbieders, op basis van risico- en prestatie-indicatoren én kwalitatieve uitvoeringsinformatie (over mogelijke onrechtmatige praktijken en/of kwaliteitsproblemen). Dit legt de basis om, zo nodig, bij te sturen of te corrigeren. Zie hoofdstuk 4.
4. Het opzetten en uitvoeren van breed en gevarieerd toezicht: bij Wmo-ondersteuning (kwaliteit en rechtmatigheid) en jeugdhulp (rechtmatigheid) en bij gecontracteerde zorg en pgb-zorg. Zie hoofdstuk 5.

5. Het organiseren van de gemeentelijke aanpak van zorgfraude vergt samenwerking binnen het lokaal bestuur en van gemeenten met externe partners. Zie hoofdstuk 6.

Deze vijf opdrachten geven overzicht in het complexe zorgstelsel. Bij elkaar opgeteld resulteert het in een ambitieuze en langdurige aanpak, want:

- Het is moeilijk om voldoende te presteren op alle vijf de deelopdrachten, omdat de lokale aanpak vaak is gebaseerd op een perspectief dat leunt op enkele pijlers. Toch vergt elke opdracht inspanningen; met gerichte aandacht voor de lokale kwetsbaarheden of blinde vlekken.
- De vijf opdrachten geven aan hoe zorgfraude kan worden teruggedrongen. Het handelingskader is geen keurslijf, maar een hulpmiddel bij keuzen door gemeenten. Als een gemeente kiest om (onderdelen van) een opgave niet op de beschreven manier in te vullen, is het nog steeds mogelijk om tot een goede aanpak van zorgfraude te komen. Dat vergt dan wél een effectieve invulling van andere opgaven. Een voorbeeld. Wij raden aan om in lokale teams scherp te zijn bij indicatiestelling, terwijl er gemeenten zijn die dit gedeeltelijk of geheel overlaten aan gecontracteerde zorgaanbieders. Bij zo'n lokale invulling is dan extra scherpte en (personele) inzet geboden bij inkooptrajecten (screening, Bibob-toetsing), bij normering in contracten, bij contractmanagement en bij toezicht en handhaving.
- Als de basis op orde is gebracht, is permanent leren nodig. Dat komt doordat georganiseerde zorgfraudeurs nieuwe fraudetactieken ontwikkelen én reageren op fraudebeleid (Te Bos en Diepenmaat, 2025). Er is ook een positieve reden voor blijvende ontwikkeling. Er dienen zich kansen aan door te leren van de aanpak en daarbij te profiteren van innovatieve werkwijzen of beleidsveranderingen.

Op basis van dit handelingskader is een lijst met **concrete actiepunten** gemaakt. De versie van juli 2026 telt, verdeeld over de vijf opgaven, 38 actiepunten. Dit rapport beschrijft de context en betekenis van concrete acties.

Conclusie 3.
Bij zorgfraudebestrijding is een **dubbele strategie vereist**: dialoog en relatiebeheer met zorgaanbieders, maar ook normstelling, controle, toezicht én handhaving. Dit kan worden geoperationaliseerd in **vijf deelopdrachten**. Gemeentelijke **zorgfraudebestrijding is een permanente opgave** door continue gedragsreacties van georganiseerde fraudeurs en vanwege de veelzijdigheid en flexibiliteit die wordt gevraagd bij fraudebestrijding.

2 Poortwacht-functie aan de voorkant: screening en normstelling

Doelen

Inkooptrajecten zijn een uitgelezen kans om normen te stellen over de kwaliteit, rechtmatigheid, integriteit en continuïteit van decentrale zorg. Het voorkomen van zorgfraude maakt deel uit van het inkooptraject. Screening is een kernopdracht; bij alle zorgaanbieders. Alertheid 'aan de voorkant' heeft belangrijke doelen bij fraudebestrijding:

1. In het inkooptraject zorgaanbieders contracteren waarvan wordt verwacht dat ze op een integere manier zorg verlenen. Daartoe kan een integriteitsonderzoek op basis van de Wet Bibob worden uitgevoerd.
2. Het screenen van **alle** zorgaanbieders.
3. Duidelijkheid verschaffen over **minimale eisen** die aan de zorg worden gesteld; dat legt de basis voor indicatiestelling, contractmanagement, toezicht en handhaving.
4. In contracten, convenanten en beleidsregels duidelijkheid scheppen over de te leveren zorg omwille van de **rechtszekerheid van zorgcliënten**.

Maatregelen

Om de bovenstaande doelen te bereiken zijn de volgende inspanningen[9] geboden:

a. De professionele basis: duidelijkheid in contracten, beleidsregels en verordeningen
b. In het inkooptraject: screening en Bibob-toetsing
c. Maatwerkovereenkomsten en pgb-aanbieders: screening en duidelijke eisen

Ad a.) De professionele basis: duidelijkheid in contracten, beleidsregels en verordeningen

In het **strategische inkoopbeleid** dient van meet af aan aandacht te zijn voor de preventieve en handhavende aanpak van zorgfraude. In inkoopdocumenten dient dus aandacht te worden geschonken aan zorgfraude en aan mogelijkheden tot controle, bijsturing en handhaving door contractmanagers en toezichthouders.

Het opstellen van contracten is het **belangrijkste gemeentelijke instrument** bij het normeren en (bij)sturen van decentrale gecontracteerde zorg. Het verschaft duidelijkheid voor zorgaanbieders én voor ambtelijke professionals. De contracten winnen aan praktische en juridische betekenis doordat de Wmo en Jeugdwet in beperkte mate bestuurlijke sanctiemogelijkheden bieden (zie hoofdstuk 4 en 5).

Het contract legt de professionele basis. De zorgvuldigheid van contractuele bepalingen is in hoge mate bepalend voor de mogelijkheden van gemeenten om te **sturen op de kwaliteit en rechtmatigheid** van decentrale zorg; in lokale teams (bij indicatiestelling), bij contractmanagement en bij toezicht en handhaving. Als een contract onvoldoende duidelijkheid verschaft, ontstaat te veel interpretatieruimte. Dat kan leiden tot (slepende) discussies met zorgaanbieders. Er zijn **contract-standaarden** opgesteld (zie i-sociaaldomein.nl).

In het decentrale zorgsysteem zorgen contractmanagers (hoofdstuk 4) en toezichthouders (hoofdstuk 5) voor *checks and balances*. Zij zien toe op de kwaliteit én rechtmatigheid van de zorg.

Het contract is daarbij cruciaal. Het is de basis om zo nodig privaatrechtelijke instrumenten en sancties toe te passen, bijvoorbeeld een cliëntenstop, een korting op het tarief of contractontbinding.

Beleidsregels en verordeningen regelen onder andere wanneer een bepaald product mag worden ingezet, welke informatie en kaders zorgaanbieders ontvangen en welke informatie zij van hun kant dienen aan te leveren over de voortgang van de zorg. Deze documenten bevatten ook **kwaliteitseisen** en normen die van toepassing zijn op zorg op basis van een pgb of maatwerkovereenkomst.

9 Volgtijdelijk gezien gaat het inkooptraject uiteraard vooraf aan het opstellen van de contracten. Vanwege de belangrijke normerende rol van de contracten wordt dit eerst aan de orde gesteld.

Het *'Handboek zorgfraude en zorgcriminaliteit'* (Samen weerbaar 2025, p. 5 en 6) zet op een rij wat in de verordening en beleidsregels opgenomen dient te worden. De VNG maakte in 2019 model-verordeningen voor jeugdhulp en voor Wmo-ondersteuning.

Inspanningsgerichte financiering

Bij zogenoemde inspanningsgerichte financiering wordt per uur of dag betaald tegen een gecontracteerd tarief. Dit wordt P (prijs) x Q (volume) financiering genoemd. Deze methode vraagt om duidelijkheid en normering met concrete **productbeschrijvingen** in het contract. Dit betekent dat wordt omschreven wat een product inhoudt; wat zijn de doelen en welke activiteiten vallen er wel of niet onder? Dit vergt afbakening op basis van de **intensiteit** van de zorg en duidelijkheid over de vereiste kwaliteiten en opleidingen van het zorgpersoneel. Zwaardere zorg vergt inzet van meer gekwalificeerd personeel en heeft een hogere kostprijs. Financiële contractbepalingen zijn normatief: hogere **tarieven** worden gekoppeld aan meer intensieve zorg en/of de inzet van hoger gekwalificeerd personeel. Tarieven worden onder andere gedifferentieerd om excessieve winsten te voorkomen (Uenk e.a., 2024). In de gemeente Westervoort werden voor Wmo-ondersteuning bijvoorbeeld een duidelijk normerende verordening en daarop gebaseerde beleidsregels opgesteld.

Als bij inspanningsgerichte financiering via open house-inkooptraject een (relatief) omvangrijk speelveld van zorgaanbieders wordt gecontracteerd, vergt dit alertheid vanuit het **oogpunt van zorgfraudebestrijding**; binnen lokale teams (bij indicatiestelling, regievoering en evaluatie) en bij contractmanagement en toezicht. Bij een omvangrijk zorglandschap zijn er bijna altijd wel aanbieders die vragen om extra aandacht, bijsturing of correcties bij contractmanagement of toezicht. Met screening en Bibob-toetsing wordt getracht onprofessionele of niet integere zorgaanbieders uit te sluiten van een contract (zie punt b.). Bij toezichthouders rechtmatigheid dient te worden getoetst of de opgetelde normen een goede basis zijn om onrechtmatige of frauduleuze zorgpraktijken aan te kunnen tonen. Zie hoofdstuk 5 over toezicht.

Taakgerichte financiering

Bij taakgerichte financiering krijgt de gecontracteerde zorgaanbieder een vast bedrag voor een (deel)populatie in een geografisch gebied (populatiebekostiging) of er vindt verrekening plaats op basis van het aantal geholpen cliënten (lumpsumbekostiging).[10] Bij deze methode heeft de zorgaanbieder vrijheid om invulling aan deze taak te geven. Er is geen verantwoording op individueel cliëntniveau (Ministerie van VWS, 10 juni 2024, p. 4). Bij taakgerichte financiering staat werken vanuit partnerschap en gezamenlijke dialoog centraal (Ministerie van VWS, 10 juni 2024, p. 38). Zorgaanbieders krijgen professionele ruimte om de zorg af te stemmen op de problematiek van de cliëntenpopulatie.

Om richting cliënten en ambtelijke professionals duidelijkheid te verschaffen over de inhoud van de zorg kan worden gekozen voor een algemene opdrachtomschrijving[11] (bijvoorbeeld 'een schoon en leefbaar huis' bij huishoudelijke hulp) en voor het omschrijven van prestatie-indicatoren. Bijvoorbeeld cliënttevredenheid, planmatige beëindiging van het zorgtraject, doelrealisatie (vastgesteld in een evaluatiegesprek tussen de cliënt en een onafhankelijke lokale team-medewerker), de cliënt ontvangt zo snel mogelijk hulp of de duur van het zorgtraject is zo kort mogelijk. Zie bijvoorbeeld, toegespitst op specialistische jeugdhulp, het normenkader van Sociaal Domein Fryslân (SDF, 2023).

10 De Centrale Raad van Beroep oordeelt in haar uitspraak van 26 mei 2021 dat verstrekking van individuele begeleiding aan een inwoner in een te behalen resultaat (in plaats van een toekenning in concrete uren) in strijd is met het rechtszekerheidsbeginsel. Zie Wallage, 2021 voor uitleg. We laten taakgerichte financiering in dit hoofdstuk buiten beschouwing vanwege de doelstelling om voldoende rechtszekerheid te verschaffen voor cliënten. Doordat bij resultaatgerichte financiering de betaling in de kern wordt gebaseerd op het aantal cliënten is de redenering over taakgerichte financiering ook van toepassing op resultaatgerichte financiering.

11 Het is de vraag of dergelijke omschrijvingen (in een beschikking) voldoende rechtszekerheid bieden voor een cliënt. Zie Wallage, 2021.

Bij taakgerichte financiering wordt vaak een beperkt aantal zorgaanbieders gecontracteerd. Wel werken die met, mogelijk veel, onderaannemers en zzp'ers in de zorg. Door de nadruk op dialoog tussen gemeente en zorgaanbieder is het, vanuit het oogpunt van fraudebestrijding, belangrijk dat professionele en solide zorgaanbieders worden gecontracteerd (zie punt b.). De basisgedachte is dat een partnerschap wordt aangegaan met integere aanbieders (Stuurgroep i-Sociaal Domein, april 2021; Regionaal Inkoop- en Subsidiebureau Amersfoort, 2022).

Bij **zorgfraudebestrijding** is het belangrijk om *checks and balances* in te bouwen; juist vanwege de belangrijke maatschappelijke functie van een klein aantal aanbieders. Dit vergt inzicht in het functioneren van deze zorgaanbieders langs drie lijnen: alerte medewerkers van lokale teams (die veel cliënten spreken over de geleverde zorg), contractmanagers en toezichthouders. Vanwege het algemene karakter van opdrachtomschrijvingen en prestatie-indicatoren is het extra belangrijk om te toetsen of deze **voldoende duidelijk** zijn voor toezichthouders rechtmatigheid om onrechtmatigheden of zorgfraude aan te kunnen tonen. Als dat niet het geval is, dient die duidelijkheid te worden verschaft, als noodzakelijke grondslag voor het toezicht. En daarmee als basis voor de mogelijkheid om bestuursrechtelijke of civielrechtelijke maatregelen op te kunnen leggen (zie hoofdstuk 5).

Een belangrijk aandachtspunt is de stijl van de aanbieder, in het algemeen of bij specifieke zorgproducten. Wordt geoptimaliseerd naar de zorgbehoeften van cliënten? Of wellicht toch naar organisatorische belangen, bijvoorbeeld vanwege personele problemen? Tot slot is alertheid gevraagd op het doen en laten van (soms veel) onderaannemers en ingehuurde zzp'ers, omdat dit frauderisico's oplevert (zie over zzp'ers: RIEC Oost-Nederland, 2023). Het is belangrijk om in het contract te vermelden dat contractpartijen verantwoordelijk zijn voor onderaannemers.[12]

Poortwachtfunctie: maatregel 1 samengevat
In het strategische inkoopbeleid dient van meet af aan aandacht te zijn voor de preventieve en handhavende aanpak van zorgfraude. Normen en afspraken in contracten, beleidsregels en verordeningen leggen de basis voor indicatiestellers, contractmanagers en toezichthouders. Duidelijke normen geven gemeenten en cliënten de mogelijkheid om ontoereikende en onrechtmatige zorg te herkennen.

Contracten zijn de basis voor het, zo nodig, inzetten van privaatrechtelijke instrumenten en sancties. **Ongeacht het financieringsmodel bestaat, bij zorgfraudebestrijding, behoefte aan** checks and balances **in het zorglandschap**; bij screening en Bibob-toetsing (punt b.), bij indicatiestelling en regievoering door lokale teams (hoofdstuk 3), bij contractmanagement (hoofdstuk 4) en bij toezicht (hoofdstuk 5).

Ad b.) Screening en Bibob-toetsing

Door een aanpassing in de Wet Bibob (Bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur) per 1 oktober 2022 kan Bibob-toetsing worden toegepast bij zogenoemde (semi-)open house-procedure; die procedure wordt vaak toegepast bij inkoop van decentrale zorg. Sinds 1 augustus 2020 is Bibob-toetsing mogelijk bij aanbestedingen. Bibob-toetsing is daarmee een optie bij inkooptrajecten in het kader van de Wmo 2015 en Jeugdwet. Toepassing van de wet Bibob dient nadrukkelijk te worden vermeld in de inkoop- of aanbestedingsstukken (RIEC Oost-Nederland en Hekkelman advocaten en notarissen, 13 maart 2023). Dat maakt ook Bibob-toetsing in de contractfase mogelijk.

Er zijn inmiddels de nodige ervaringen opgedaan met Bibob-toetsing bij inkooptrajecten. Bijvoorbeeld bij het inkooptraject in de 'proeftuin Twente'. Daar is Bibob-toetsing ingevoerd in het

12 Juridische vragen over hoofd- en onderaannemers komen aan bod in deze handreiking, opgesteld door Landsadvocaat Pels Rijcken in opdracht van de werkgroep Hoofd- en onderaannemerschap van het programma Inkoop en Aanbesteden Sociaal Domein.

inkooptraject omdat in de regio verschillende zorgfraudecasus veel tijd en energie hebben gekost. Gemeenten kregen te maken met slepende problemen.

Dit motiveerde om, in samenspraak met zorg-aanbieders, te zoeken naar een inkooptraject dat aanbieders met integriteits- en kwaliteitsrisico's uitsluit. Daarbij is Bibob-toetsing een element in een breder opgezet screenings- en selectieproces: het zogenoemde Kwaliteit en integriteit instrument Twente (verder: KIT). Klik hier voor het implementatieplan van het KIT.

Het Twentse inkoopproces start met de inschrijving, waarbij zorgaanbieders formulieren en documenten aanleveren die worden gebruikt om te bezien of ze voldoen aan de gestelde eisen. Daarna voorziet het KIT in de volgende stappen:

1. Parallel aan de andere (onderstaande) activiteiten wordt **Bibob-toetsing** toegepast. Er wordt een Bibob-toets uitgevoerd op bestuurders, gevolmachtigden, leden van de raad van toezicht en leden van de raad van commissarissen; van aanbieders die zich inschrijven én van onderaannemers. Omwille van de uitvoerbaarheid wordt gekozen voor een verkorte Bibob-toets door justitie (toets op strafrechtelijk verleden), politie (toets op politieverleden) en Belastingdienst (toets op fiscaal verleden). Als dit indicaties voor integriteitsrisico's oplevert, wordt aan de zorgaanbieder gevraagd een Bibob-vragenformulier in te vullen. Daarna voert het ambtelijke inkoopteam een Bibob-onderzoek uit; daarbij kan aan het Landelijk Bureau Bibob worden gevraagd het integriteitsonderzoek uit te voeren. Dit duurt naar schatting 8 tot 12 weken. Er vindt voorlopige gunning plaats, onder voorbehoud van de uitkomst van een eventuele Bibob-toets. Een negatieve uitkomst van een Bibob-toets is een uitsluitingsgrond.
2. In de **screeningsfase** worden documenten opgevraagd, zoals een Europees aanbestedingsdocument, een Gedragsverklaring aanbesteden (GVA) en een verklaring van de belastingdienst. Ook worden referenties opgevraagd en wordt gecontroleerd of een inschrijver in de afgelopen vijf jaar een ernstige beroepsfout heeft gemaakt. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de uitsluitingsgronden. Hierna volgt een beoordeling op basis van **kwaliteitseisen**. Het betreft uitsluitingsgronden, verdeeld over zeven categorieën: zie bijlage 1 voor een overzicht. Dit geeft inzicht in de personele en organisatorische kwaliteiten van een aanbieder. Na beoordeling krijgen inschrijvers uitsluitsel over de voorgenomen gunningsbeslissing.
3. Vervolgens voert het inkoopteam een **risicoanalyse** uit. Dat levert **geen** uitsluitingsgronden op, want het brengt 'aandachtspunten' in kaart voor de contractfase; bij contractmanagement en bij toezicht. De analyse wordt gebaseerd op indicatoren voor mogelijke risico's op zorgfraude of op oneigenlijk gebruik. Zie bijlage 1 voor een overzicht. Bijvoorbeeld over solvabiliteit (hoger dan 20%?), het winstpercentage (meer dan 5%?), over onderaannemers (meer dan 10?) en over faillissementen (lopend of in de afgelopen vijf jaar?). De beoordeling van risico-indicatoren is maatwerk, omdat scores multi-interpretabel zijn; ze kunnen wijzen op een risico, maar dat hoeft niet. Daarom hanteert het KIT dit niet als uitsluitingsgrond.

Het KIT wijst op **keuzen** die zich aandienen bij het screenen van zorgaanbieders in het inkooptraject:

1. Welke kwaliteitseisen worden gesteld?
2. Wordt de Wet Bibob toegepast bij het inkooptraject? Hoe wordt Bibob-toetsing ingepast in het gehanteerde specifieke inkooptraject? Hiermee is nog beperkte ervaring opgedaan. Het is mogelijk om de verkorte Bibob-toets snel uit te voeren (stap 1 hierboven). Bij voldoende personele capaciteit en kwaliteit is het een optie om een lokaal projectteam de Bibob-toetsing uit te laten voeren.
3. Wat zijn uitsluitingsgronden in het inkooptraject?
4. Wat zijn afwijkingen van het 'normale patroon' die geen uitsluitingsgrond zijn, maar worden bekeken en geïnterpreteerd in de contractfase?
5. Wat zijn motieven en argumenten om Bibob-toetsing in te passen in het inkooptraject?
Zie de tabel op de volgende pagina.

Tabel 2.1: Afwegingen bij keuzen bij screening en Bibob-toetsing van zorgaanbieders

De volgende **redeneringen en bevindingen** kunnen bij het keuzeproces worden betrokken:

- Alertheid aan 'de voorkant' (Bibob-toetsing en screening) lijken vooral een anticiperend effect te hebben. Bij een inkooptraject voor Wmo en Participatiewet in 2024 werd in de zogenoemde KOP-gemeenten in Noord-Holland (Den Helder, Schagen, Hollands Kroon en Texel) een screening en Bibob-toets uitgevoerd. Er waren 152 aanbieders; 73 schreven in onder de nieuwe voorwaarden, waarvan er uiteindelijk 47 werden gecontracteerd. Er was een "afschrikwekkend effect"; volgens de burgemeester van Den Helder "(...) reageerden betrouwbare aanbieders juist positief" (Van der Waarden, 2025, p. 41).
- Hoe groter het volume van de zorg dat wordt geleverd door een aanbieder (en hoe langer de contractduur), des te belangrijker wordt de selectie aan de poort door middel van screening, Bibob-toetsing en risicotaxatie. Deze aanbieders vervullen belangrijke maatschappelijke functies; vervanging is ingewikkeld, waardoor gemeenten en cliënten afhankelijk zijn van hun functioneren.
- Als bij een inkooptraject een klein of beperkt aantal zorgaanbieders wordt gecontracteerd, is dat mogelijk een impuls voor onderaannemerschap. Met het uitvoeren van een Bibob-toets die zich uitstrekt tot onderaannemers, krijgt een gemeente grip op de selectie en inzet van deze partijen.
- Als een gemeente een omvangrijk zorglandschap kent, dan helpt het opstellen van kwaliteitseisen en Bibob-toetsing bij het uitsluiten van zorgaanbieders, waarvan een categorie anders mogelijk relatief veel tijd opeist bij contractmanagement en toezicht.
- Screening en Bibob-toetsing zijn 'aan de voorkant' een tijdsinvestering voor de ambtelijke organisatie, al levert het 'winst' op in de contractfase. Het voorkomt, zo is de bedoeling, dat ernstige casus met kwaliteitstekorten of zorgfraude veel tijd en energie opeisen; bijvoorbeeld bij contractbeëindiging en het herplaatsen van cliënten.
- Bij een inkooptraject worden documenten en gegevens opgevraagd bij zorgaanbieders. Het gaat voornamelijk om bronnen waar een zorgaanbieder toch al over dient te beschikken bij een goed werkend systeem van beheer en management.
- Om gestalte te geven aan screening en (desgewenst) Bibob-toetsing dient een inkoopteam te worden geformeerd dat kwantitatief en kwalitatief in staat is het inkooptraject voor te bereiden en uit te voeren. Het KIT beredeneert (in het implementatieplan) de benodigde personele inzet.

Poortwachtfunctie: maatregel 2 samengevat
Screening van zorgaanbieders in een inkooptraject maakt het mogelijk om zorgaanbieders niet te contracteren vanwege vastgestelde risico's. Hiertoe worden kwaliteits- en integriteitseisen opgesteld die een uitsluitingsgrond opleveren. Beoordeling van risico-indicatoren is maatwerk; de 'proeftuin Twente' gebruikt ongunstige scores niet als uitsluitingsgrond, maar als aandachtspunt voor de contractfase. Er kan worden gekozen voor Bibob-toetsing; in brede zin, inclusief onder-aannemers. Screening en Bibob-toetsing zijn een tijdsinvestering voor de ambtelijke organisatie, al levert het 'winst' op in de contractfase. Namelijk als wordt voorkomen dat (ernstige) casus met kwaliteitstekorten of zorgfraude veel tijd en energie opeisen. 'Screening aan de poort' is extra belangrijk als één of enkele aanbieders een groot deel van de lokale zorg leveren. Voor gemeenten en cliënten hangt er dan veel af van de betrouwbaarheid van deze aanbieders én hun onderaannemers. Fraudeurs die aan de poort worden tegenhouden veroorzaken geen (tijdrovende en kostbare) schade.

Ad c.) Maatwerkovereenkomsten en pgb-aanbieders: screening en duidelijke eisen

Als bij een inkooptraject wordt gescreend, kan dat ertoe leiden dat zorgaanbieders (liever) een maatwerkovereenkomst afsluiten. Een andere optie is pgb-zorg; de omvang van die zorg verschilt per gemeente of zorgproduct. Het advies is om **alle aanbieders te** screenen (zie Weerbaar Gelderland-Zuid, 2025, p. 9). Er wordt aangeraden dit niet te beperken tot een administratieve toets: "Voer gesprekken met aanbieders en bezoek waar mogelijk zorglocaties".

Dit vergt duidelijke (kwaliteits-)eisen voor maatwerkovereenkomsten en pgb. Het beleid en de voorwaarden ten aanzien van **pgb-zorg** kunnen worden opgenomen in de verordening en beleidsregels.[13] Kwaliteitseisen over gecontracteerde zorg kunnen worden overgenomen bij pgb-zorg, met enkele aanvullende bepalingen over: *1.)* de bekwaamheden en kwalificaties van de aanbieder en de medewerkers; *2.)* VOG-verklaringen van alle zorgverleners (inclusief uitzendkrachten, zzp'ers, stagiaires en vrijwilligers); en *3.)* verplichte onderdelen van een ondersteuningsplan met afspraken tussen aanbieder en cliënt. Alvorens een pgb-aanbieder wordt ingezet, kan een screening worden uitgevoerd door een toezichthouder. Zie bijvoorbeeld het toetsingskader van de GGD Amsterdam voor pgb-aanbieders van Wmo-ondersteuning en jeugdhulp. Bij pgb-zorg is Bibob-toetsing niet mogelijk, omdat het geen overheidsopdracht betreft.

Om aan de voorkant of in de contractfase (bij elke vorm van zorg) diploma's en VOG's te controleren, kan gebruikgemaakt worden van het **Registerplein**: zie tabel 2.3.

Tabel 2.2: Pgb-kwaliteitstoets in Rotterdam

Screening van pgb-aanbieders is belangrijk omdat de markt van pgb-zorg erg toegankelijk was. Daarom is in **Rotterdam** bijvoorbeeld in 2018 de **pgb-kwaliteitstoets** ingevoerd; de zogenoemde pgb-kwaliteitsgroep toetst op vastgestelde eisen. Zie deze website, onder het kopje 'Vragen en antwoorden over pgb-aanbieders en hulpverleners'. Er worden eisen gesteld aan hulpverleners, zoals werken aan doelen met een ondersteuningsplan en "niet bekend" zijn vanwege ondeskundige zorg, handelen in strijd met relevante wetgeving of beleidsregels, misleiding of fraude. Aanvullende eisen worden gesteld aan professionele hulpverleners, bijvoorbeeld ten aanzien van medewerkers (voldoen aan eisen voor betreffende ondersteuning), een passend salaris voor medewerkers, systematische kwaliteitsbewaking, een meldplicht bij calamiteiten en geweld en een passende locatie als (tijdelijk) verblijf wordt geboden aan cliënten.

Rotterdam telde in 2020 ongeveer 800 pgb-aanbieders. In februari 2021 zijn er bij het Rotterdamse Meldpunt zorgfraude 836 geregistreerde meldingen over mogelijke fraude met pgb-zorg (Van der Torre e.a., 2021). De pgb-kwaliteitstoets betreft een administratieve toets, met onder andere onderzoek in KvK-gegevens, navraag bij het Zorgkantoor en controles op het bezit van VOG's en relevante diploma's. De toets werd uitgevoerd als de pgb-zorg al werd geleverd, maar dit wordt verplaatst naar de **voorkant**: cliënten ontvangen pas zorg als is vastgesteld dat de pgb-aanbieder voldoet aan de eisen (Gemeente Rotterdam, Actieplan preventie en aanpak zorgfraude 2024–2027). In de eerste helft van 2025 zijn 80 pgb-aanbieders getoetst; 23 aanbieders haalden de toets niet. Deze aanbieders kregen drie maanden de tijd om verbeteringen door te voeren.

13 Een pgb is geen overheidsopdracht; Bibob-toetsing is daarom niet mogelijk.

Tabel 2.3: Controle door het Registerplein

Het controleren van diploma's, Erkenning van Verworven Competenties (EVC's) en Verklaringen omtrent Gedrag is op verschillende momenten belangrijk; aan de voorkant en in de contractfase. Hiertoe kan het zogenoemde Registerplein worden ingeschakeld. Het Registerplein accepteert alleen EVC-certificaten van opleidingen die door het (door de overheid erkende) Nationaal Kenniscentrum EVC worden erkend.

Dit laat onverlet dat het stelsel van EVC-certificaten kwetsbaar is: "De Examenkamer houdt zich bezig met de registratie van EVC-trajecten maar niet met het toezicht. De toezichthoudende taak is op dit moment bij niemand belegd waardoor signalen niet worden opgepakt. Ook blijken er EVC-bureaus te bestaan die sinds hun oprichting nog niet één keer een EVC-traject hebben uitgegeven" (Politie Midden-Nederland, mei 2024, p. 9).

Gemeenten en inkooporganisaties zoeken naar een manier om screening uit te voeren bij **maatwerkovereenkomsten**. Dat is een specifieke overeenkomst tussen een gemeente en een zorgaanbieder voor één of enkele cliënten. Dit wordt, in bijzondere gevallen, gebruikt wanneer passende hulp niet beschikbaar is via reguliere contracten. Dergelijke overeenkomsten voorzien in behoeften (flexibiliteit bij het zoeken naar passende zorg), al is het ook een potentiële 'achterdeur' voor zorgfraudeurs. De kwaliteitseisen van gecontracteerde aanbieders kunnen bij screening worden toegepast. In de praktijk wordt dit (zonder Bibob-toets) thans beoordeeld door het contractmanagement en/of een toezichthouder. Dit is vooruitgang, al werkt dit in de praktijk om twee redenen niet afdoende:

- De kwaliteitseisen kunnen (te) algemeen zijn geformuleerd (bijvoorbeeld als contractpartijen bewust veel ruimte geboden krijgen) en dat volstaat niet, omdat zeer uiteenlopende partijen opteren voor een maatwerkovereenkomst; ook 'jonge' of kleine aanbieders met een heel andere signatuur dan partijen die inschrijven bij een inkooptraject.
- Er kan tijdsdruk zijn vanwege de noden van een cliënt en omdat al enige tijd tevergeefs is gezocht in het gecontracteerde zorglandschap. Het komt regelmatig voor dat de zorg al is opgestart, terwijl de overeenkomst nog gesloten moet worden. Er is behoefte aan snelle en werkbare screening.

In het kader van het 'Field Lab ondermijning in de zorg' zijn een checklist en werkwijze ontwikkeld voor kortlopende screening bij jeugdhulp.[14] Dit Field Lab zocht, op verzoek van het Strategisch Beraad Ondermijning, naar 'slimme' interventies bij de aanpak van ondermijnde criminaliteit in de zorg.[15] Dit dient nog te worden beproefd. Indien er beproefde werkwijzen ontstaan bij screening bij het afsluiten van maatwerkovereenkomsten, wordt dit opgenomen in een *update* van dit handelingskader. Hoe Bibob-toetsing juridisch correct kan worden uitgevoerd bij het afsluiten van een maatwerkovereenkomst, wordt uitgezocht; ook dit wordt opgenomen in de herziene versie van dit rapport.

De **slotsom** is dat, op gepaste wijze, **alle zorgaanbieders dienen te worden gescreend**, ongeacht het personeelsbestand; **letterlijk van 'groot' tot 'klein'.**

Voor (middel)grote zorgaanbieders geldt dat ze op grote of aanzienlijke schaal belangrijke en kwetsbare diensten leveren; vaak voor langere tijd. Deze grote relevantie vergt screening aan de voorkant, mede omdat dit idealiter leidt tot wederzijds vertrouwen in de driehoek aanbieder, gemeente en cliënt.

14 Het is toegepast op jeugdhulp en enigszins aangepast bruikbaar bij Wmo-maatwerkovereenkomsten.

15 Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en sport en van onderwijs, cultuur en wetenschap, Vergaderjaar 2024–2025, 28 828, nr. 141.

Screening van zogenoemde **micro-zorgaanbieders** is om andere redenen nodig. De jaarverantwoording ligt voor micro-zorgaanbieders (zie tabel 2.4 voor de criteria) op een aangepast en lager niveau; de drempels werden per 1 januari 2025 verlaagd. Ze behoeven onder andere geen toelichting te geven op de financiële verantwoording, geen bestuursverslag te maken en geen accountants-verklaring aan te leveren.

Dit biedt fraudekansen: voor losse fraude door micro-zorgaanbieders en voor fraudenetwerken, namelijk als verschillende personen in hun midden een klein zorgbedrijf benutten bij fraude. De maximale netto-jaaromzet (0,9 miljoen euro) biedt aanzienlijke financiële frauderuimte, zeker als dit wordt verspreid over bijvoorbeeld zes zorgbedrijfjes. Er kan steeds weer een ander frauduleus micro-zorgaanbieder worden opgezet.

De brief van de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport d.d. 8 juni 2026 vraagt om alertheid op mogelijke fraude door micro-zorgaanbieders: "In de fraudetoets signaleert de NZa (...) dat het risico op fraude bij micro zorgaanbieders mogelijk hoger kan zijn. Dit hangt samen met het feit dat onder het microregime minder informatie over de bedrijfsvoering openbaar wordt gemaakt. Hierdoor kan het voor toezichthouders lastiger zijn om zicht te houden op deze zorgaanbieders en kunnen partijen, die misbruik willen maken, zich relatief makkelijk onder de radar bewegen".

Tabel 2.4: Criteria voor micro-zorgaanbieders

Een micro-zorgaanbieder dient in twee opeenvolgende boekjaren te voldoen aan minimaal twee van drie eisen:

- Balanstotaal van maximaal 450.000 euro;
- Netto-omzet van maximaal 900.000 euro;
- Minder dan 10 fte medewerkers in loondienst. Zzp'ers (bijv. waarnemers) worden niet meegeteld.

Voor een 'nieuwe' zorgaanbieder met alleen gegevens over het afgelopen boekjaar geldt voor het eerste boekjaar de omvang volgens de groottecriteria aan het einde van dat jaar. De jaarverantwoording voor micro-zorgaanbieders bestaat uit drie onderdelen: 1.) het invullen van een aantal vragen; 2.) de financiële verantwoording; en 3.) het ondertekenen van de jaarverantwoording (bestuursverslag). Zie deze speciale website over micro-zorgaanbieders voor meer informatie.

Poortwachtfunctie: maatregel 3 samengevat

Ook bij maatwerkovereenkomsten en pgb-zorg kan invulling worden gegeven aan de Poortwachtfunctie. Kwaliteitseisen over gecontracteerde zorg kunnen in verordeningen en beleidsregels worden overgenomen bij pgb-zorg, met desgewenst aanvullende bepalingen; als basis voor screening op deze eisen. In de praktijk wordt een maatwerkpartij, op basis van opgestelde (kwaliteits-)eisen, beoordeeld door het contractmanagement en/of een toezichthouder. Het is verstandig om een beproefde werkwijze te ontwikkelen bij screening bij maatwerkovereenkomsten. Er wordt uitgezocht hoe Bibob-toetsing kan worden ingepast bij het afsluiten van een maatwerkovereenkomst.

3 Lokale teams: poortwacht-functie in de tweede lijn

Doelen

Ambtelijke professionals die in een lokaal team ondersteuningsaanvragen voor de Wmo en Jeugdwet behandelen, vervullen belangrijke functies. 'Stevige lokale teams' zijn toegankelijk; inwoners kunnen er terecht voor hulp- en ondersteuningsvragen. De basisgedachte is dat, zo nodig, het dagelijks leven van inwoners wordt ondersteund om de zelfredzaamheid te versterken. Het is de bedoeling dat medewerkers van deze teams niet-geïndiceerde hulp leveren, zorgplannen en beschikkingen opstellen en de regie voeren op lopende zorgtrajecten (zie VNG, 2024 en het convenant Stevige lokale teams). Een gemeente heeft de verantwoordelijkheid om de toegang tot Wmo-ondersteuning en jeugdhulp goed te regelen. De toegangsfunctie kan worden belegd in de eigen organisatie of bij een gemandateerde (externe) uitvoeringsorganisatie (VNG, 2024).

Lokale teams vervullen een poortwachtfunctie in de 'tweede lijn'. Welke cliënten krijgen (opnieuw) toegang tot een maatwerkvoorziening, voor hoe lang en onder welke vastgelegde condities? Medewerkers spreken veel zorgcliënten en kennen het lokale zorglandschap. Ze zijn daarmee een **belangrijke bron** van uitvoeringsinformatie. Vooral de toegangsmedewerkers in lokale teams krijgen onverbloemd te horen hoe het er daadwerkelijk aan toegaat in de zorgpraktijk. **Alerte lokale teams zijn een cruciale schakel bij het voorkomen en signaleren van zorgfraude**. **Medewerkers krijgen te horen hoe zorgaanbieders functioneren; in de dagelijkse praktijk, los van kaders, beleid of visies.** De belangrijke functie van lokale teams bij zorgfraudebestrijding komt tot uitdrukking in de volgende doelstellingen:

1. **Maatwerk** leveren: passende zorg inzetten, afgestemd op de **zelfredzaamheid** van de cliënt en zijn/haar directe sociale omgeving.
2. Voldoende **rechtszekerheid bieden aan zorgcliënten**, in die zin dat duidelijk wordt welke minimale zorg een aanbieder levert.
3. Waar mogelijk niet-geïndiceerde algemene voorzieningen of basiszorg (zorg zonder indicatie) inzetten, om te voorkomen dat onnodig kostbare (geïndiceerde) maatwerkvoorzieningen worden ingezet.[16] Dit wordt **actieve preventie** genoemd en reduceert het risico op zorgfraude.
4. Het lokale team benutten als **belangrijke informatiebron** over mogelijke zorgfraude, kwaliteitstekorten of andere uitvoeringsproblemen in de zorg.
5. Medewerkers van lokale teams trainen en instrueren, zodat de **ambtelijke stijl** cliëntgerichtheid koppelt aan alertheid op mogelijke zorgfraude.

Maatregelen

Om deze doelen te bereiken, worden de volgende inspanningen gevraagd:

a. Lokale teams: dubbele preventie.
b. Maatwerk leveren: 'doen wat nodig is'.
c. Het toetsen van de pgb-vaardigheid.
d. Bouwen aan alerte en signalerende lokale teams.

Ad a.) Lokale teams: dubbele preventie

Lokale teams (vaak wijkteams, buurteams of gebiedsteams genoemd) zijn de kern van de toegang tot hulp en ondersteuning op het sociaal domein. Lokale teams dienen stevig verankerd te zijn op belangrijke plekken in de leefwereld, zoals het onderwijs en de huisartsenpraktijk. De teams geven informatie en advies. Medewerkers spreken met inwoners over problemen of over een hulpvraag, om te begrijpen wat er speelt en te bezien wat nodig is (VNG, 2024).

Het is de bedoeling dat hulpvragen vroegtijdig in beeld komen bij een lokaal team, als opmaat tot vroegtijdige hulp en ondersteuning. Dat is **actieve preventie**: vroegsignalering en snelle

16 Zo nodig wordt direct zwaardere hulp ingezet.

hulp om te voorkomen dat problemen onnodig voortslepen of verergeren. Dit **vermindert de gelegenheidsstructuur voor zorgfraude**, want het reduceert of remt het volume van de geïndiceerde zorg (Van der Torre, 2022). Als het lokale team goed weet wat er speelt bij een cliënt of binnen een huishouden, werpt dit een drempel op voor een bekende **zorgfraudetactiek**: aanbieders die cliënten ronselen en/of beïnvloeden, zodat ze een zorgindicatie aanvragen waarmee vervolgens wordt gefraudeerd door de aanbieder.

Deze **dubbele preventieve functie** (onnodige zorg voorkomen en voorkomen dat cliënten door frauderende zorgaanbieders voor het karretje worden gespannen) kan langs de volgende lijnen worden gerealiseerd:

1. **Algemene voorzieningen (sociale basis).** Gemeenten beschikken over algemene voorzieningen, zoals het consultatiebureau, GGD op school, buurthuis-activiteiten, sportverenigingen en inzet van kinder- en jongerenwerk. Deze voorzieningen sluiten nauw aan op het gewone leven; ze stimuleren en benutten de **zelfredzaamheid** van inwoners. Bijvoorbeeld jongerenwerkers die, via goede contacten met jongeren, spijbelen voorkomen of in de kiem smoren. Of buurthuis-activiteiten die een substituut zijn voor (dure en geïndiceerde) dagbesteding. Medewerkers van lokale teams kunnen cliënten verwijzen naar buurthuisactiviteiten; bij de eerste contacten of als geïndiceerde zorg wordt afgeschaald. Een goede lokale 'sociale basis' verkleint de kans op zorgfraude.

2. **Hulp zonder indicatie vanuit lokale teams.** Vanuit lokale teams kan, zonder indicatie, een **hulptraject** worden ingezet. Het betreft vaak een kortlopend en 'licht' traject, al kan het ook gaan om meer intensieve hulp. Of langduriger, in de vorm van "waakvlamcontact"; dan wordt via regelmatige contacten gevolgd hoe het gaat (VNG, 2024). Deze laagdrempelige hulp vergt beschikbaarheid van gespecialiseerde ambulante werkers of van consulenten met relevante expertise; bijvoorbeeld verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugd- en opvoedhulp en begeleiding van kinderen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Deze hulp kan afdoende zijn of geeft een goed beeld van de hulpvraag, als opstap naar indicatiestelling op maat.

3. **Jeugdconsulenten op huisartsenlocaties: samenspel bij doorverwijzingen.** Jeugdigen kunnen door een huisarts worden doorverwezen voor jeugdhulp. De zorgvuldigheid bij deze doorverwijsroute krijgt een impuls als vanuit het lokale team consulanten worden ingezet op huisartsenlocaties. Deze consulenten kennen het zorglandschap en hebben ruim de tijd voor intakegesprekken. Zij kunnen ook ondersteuning of hulp bieden. Dit laatste kan afdoende zijn of het helpt om, in afstemming met de huisarts, passende zorg in te zetten (zie bijvoorbeeld Rekenkamer Deventer, 2021).

Lokale teams als poortwachter in de tweede lijn: maatregel 1 samengevat
Vroegsignalering en **snelle hulp zonder indicatie** voorkomen dat problemen onnodig voortslepen of verergeren. Het versterkt de zelfredzaamheid en voorkomt onnodige geïndiceerde zorg; het is een rem op het volume van de zorg en daarmee op (kansen voor) **zorgfraude**. Hulp en advisering vanuit het lokale team helpen ook om te voorkomen dat cliënten door frauderende zorgaanbieders worden beïnvloed.

Zorgtrajecten vanuit het lokale team (zonder indicatie) kunnen afdoende zijn of inzicht verschaffen in de noodzakelijke indicatie. Inzet van consulenten op huisartsenlocaties vervult dezelfde functie. Het verhoogt de zorgvuldigheid van deze doorverwijs-route.

Ad b.) Maatwerk leveren: 'doen wat nodig is'

Een goede **onafhankelijke beoordeling** van een ondersteuningsvraag door een lokaal team is een belangrijk controle- en sturingsmoment. Deze beoordelingen zijn in materiële zin de basis van geïndiceerde zorgtrajecten. Het is belangrijk dat medewerkers van lokale teams een vraag zorgvuldig beoordelen, wegen en - als een indicatie is afgegeven – volgen: in directe gesprekken met de (potentiële) cliënt.

Het uitgangspunt 'doen wat nodig is' vergt een ambtelijke stijl die stuurt op zelfredzaamheid van inwoners; alleen geïndiceerde zorg zolang dat nodig is.

Het organiseren van deze functies en activiteiten in lokale teams is belangrijk bij het inbouwen van *checks and balances* in het zorglandschap. In directe gesprekken wordt geconstateerd hoe zorgaanbieders cliënten behandelen. Zo wordt gewaakt over de kwaliteit en rechtmatigheid van de zorg, al gaat dit in feite een laag dieper: er wordt **toegezien op de sociale veiligheid van cliënten**. Daartoe worden vier stappen doorlopen:

1. **In gesprek: het beoordelen van de situatie.**
   Medewerkers van lokale teams treden in gesprek met de cliënt over de aanvraag, om de situatie te beoordelen. Directe gesprekken, mogelijk bij mensen thuis ('keukentafelgesprekken'), verschaffen zicht op de sociale situatie en op de problematiek die ten grondslag ligt aan de hulpvraag.
   Bij aanvragen voor jeugdhulp is het (extra) belangrijk om persoonlijke gesprekken te voeren met sleutelpersonen in de directe sociale omgeving van de jeugdigen. De beoordeling van de situatie kan lastig zijn; het inwinnen van onafhankelijk medisch advies is een optie. De beoordeling kan ertoe leiden dat de zelfredzaamheid hoog genoeg wordt ingeschat om geen zorg op te starten of om eenvoudiger niet-geïndiceerde zorg in te zetten (zie punt a.).
   Om de cliënt-situatie goed te kunnen beoordelen is het, mits de omstandigheden dat toelaten, beter dat de zorgaanbieder niet aanwezig is bij deze gesprekken met cliënten (en hun naasten). Dat voorkomt een gangbare **fraudetactiek**: (ronselende) zorgaanbieders die cliënten afhankelijk maken en aansturen op een hoge zorgindicatie, terwijl het niet de bedoeling is om die zorg ook te leveren (Van der Torre en Heijkoop, 2020).

   De situatiebeoordeling vergt een inschatting van de zogenoemde **'eigen kracht'** van een cliënt en zijn of haar directe sociale omgeving. Kunnen de problemen in de eigen sociale kring worden opgevangen of niet? Er rust (pas) een verantwoordelijkheid op de schouders van gemeenten als inwoners reële hulpbehoeften niet zelf of met hulp van naasten op kunnen lossen. De Centrale Raad van Beroep (CRvB) heeft op 29 mei 2024 geoordeeld dat een gemeente de aanvraag voor jeugdhulp niet mag afwijzen vanwege 'eigen kracht' als in de gemeentelijke verordening niet voldoende beschreven staat hoe dit wordt beoordeeld. Zie deze juridische opinie voor uitleg over (de gevolgen van) deze CRvB-uitspraak: Smits, 2024.
   Als wordt beoordeeld dat geïndiceerde zorg noodzakelijk is, wordt een beschikking[17] opgesteld en wordt de cliënt gekoppeld aan een zorgaanbieder. De **beschikking** omschrijft precies (bij inspanningsgerichte financiering) of in meer algemene termen (bij taakgerichte financiering of resultaatfinanciering) welke zorg een cliënt krijgt. Dit is belangrijk voor de rechtszekerheid van de cliënt (zie tabel 3.1). Een beschikking is noodzakelijk als een cliënt formeel bezwaar wil maken. De **rechtszekerheid van cliënten** vraagt om een voldoende duidelijke beschikking.

17 Bij sommige varianten van 'taakgericht werken' wordt geen beschikking afgegeven (Stuurgroep i-Sociaal domein, 2021). Omdat een beschikking noodzakelijk is als een cliënt bezwaar wenst te maken, wordt ervan uitgegaan dat dit wel gebeurt.

Tabel 3.1: Uitspraak van de Centrale Raad van Beroep over onvoldoende rechtszekerheid voor de cliënt bij het resultaatgericht indiceren van Wmo-begeleiding (bron: Wallage, 2021)

De Centrale Raad van Beroep (hierna: 'CRvB') oordeelt in haar uitspraak van 26 mei 2021 over de vraag of het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Weert aan een inwoner individuele begeleiding mocht toekennen in een te behalen resultaat in plaats van een toekenning in concrete uren. Uit het beleid volgt dat de met betrekking tot de inwoner beoogde resultaten worden gekoppeld aan een bepaald profiel. Dit profiel is opgebouwd uit verschillende categorieën. Het geselecteerde profiel is opgenomen in het ondersteuningsplan, waarin het college richting geeft aan wat moet gebeuren om de hulpvraag te beantwoorden. De aanbieder werkt vervolgens met de inwoner de indicatie uit in activiteiten, met de frequentie van de begeleiding door de aanbieder. Dit dient binnen het financieel kader te blijven dat aan het profiel is gekoppeld. De rechtbank oordeelde in eerste instantie dat de verstrekte maatwerkvoorziening onvoldoende was geconcretiseerd aangezien de frequentie van de begeleiding wel was vastgesteld, maar van enige tijdsindicatie geen sprake was. In hoger beroep oordeelde de CRvB dat deze wijze van het verstrekken van begeleiding in strijd is met het rechtszekerheidsbeginsel.

2. **De cliënt koppelen aan een zorgaanbieder.**
   Het uitgangspunt is dat een inwoner vrij is om een zorgaanbieder te kiezen uit een lijst van gecontracteerde partijen (Zorg in Natura) of om te kiezen voor pgb-zorg. Dit wijst op een belangrijk aandachtspunt voor lokaleteam-medewerkers. Is de cliënt daadwerkelijk vrij in zijn of haar keuze voor een zorgaanbieder of wordt onwenselijke druk uitgeoefend door een zorgaanbieder? Het is namelijk een **zorgfraudetactiek** om cliënten onder druk te zetten of te misleiden, zodat ze voor een specifieke zorgaanbieder kiezen (Van der Torre en Heijkoop, 2020). Het past bij deze fraudetactiek dat cliënten worden geïnstrueerd wat ze moeten vertellen aan een medewerker van een lokaal team, om op die manier een indicatie te krijgen; als basis voor zorgfraude. De praktijk leert dat medewerkers van lokale teams bijna altijd een (grote) **kennisvoorsprong** hebben op cliënten. Deze professionals hebben zicht op het lokale zorglandschap. Ze kennen de aanbieders en hun specifieke kwaliteit en zijn op de hoogte van de actuele situatie, bijvoorbeeld wat betreft wachtlijsten en beschikbare plaatsen bij aanbieders. De praktijk is dan ook "(...) dat in de meeste gemeenten de lokaleteammedewerker doorgaans aanstuurt op een aanbieder waar de gemeente goede ervaringen mee heeft" (Rekenkamers Noord-Limburg, 2025, p. 45).

   Er zijn gemeenten die het bewerkstelligen van een goede match door lokale teams tussen (de problematiek van) een cliënt en een (actueel) goed presterende aanbieder beschouwen als kernopgave (Rekenkamer Deventer, 2021; De Koster, 2020). In dat geval geeft een lokaal team, met contractmanagers en toezichthouders, gestalte aan het **door-selecteren** binnen het zorglandschap: cliënten worden geplaatst bij zorgaanbieders die betrouwbaar zijn en prestaties leveren.

Tabel 3.2: Over het belang van een vierogenprincipe

Vanwege de grote belangen die kleven aan het afgeven van zorgindicaties en beschikkingen (de kosten, het cliëntenbelang, fraudepreventie en het belang van aanbieders) wordt vaak een **meer of vier ogen-principe** gehanteerd. Bij zware individuele begeleiding kan € 75,- per uur worden betaald; bij 5 uren per week, gedurende 48 weken, is dat per jaar € 18.000,- per cliënt. Vijf dagdelen dagbesteding tegen een prijs van € 65,- per dag, kost op jaarbasis (48 weken) € 15.600,-. De kosten voor een jaar beschermd wonen kunnen voor één cliënt uitkomen op € 35.000,-. Dit vergt zorgvuldige procedures.

Het lokale team behandelt de aanvraag en stelt een zorgplan op, waarna dit wordt doorgezet naar kwaliteitsmedewerkers of naar een andere indicatiesteller. Daar wordt een concrete aanvraag (her)beoordeeld. Dit kan leiden tot heroverweging en mogelijk tot aanpassingen, waarna een beschikking wordt opgesteld. Overleg tussen 'toegang' en 'kwaliteit' vervult nog een andere functie; het zorgt ervoor dat kwaliteitsmedewerkers op **beleidsniveau op de hoogte raken van** de zorgpraktijk, inclusief knelpunten en mogelijke **aanwijzingen voor zorgfraude**. Kwaliteitsmedewerkers kunnen daarover in contact treden met contractmanagers, toezichthouders en de wethouder zorg.

3. **Een zorgplan opstellen.**
   Er wordt door het lokale team een zorgplan opgesteld. Daarin wordt de ondersteuningsvraag verwoord, wordt vermeld wat de doelen zijn van de maatwerkvoorziening en worden afspraken gemaakt over het evalueren van het zorgtraject.
   Bij **inspanningsgerichte financiering** wordt in het zorgplan de productomschrijving vermeld, plus de daaraan verbonden personele inzet. Dit verschaft duidelijkheid over de zorg die minimaal moet worden geleverd. Afwijkingen tussen norm en zorgpraktijk kunnen in voortgangsgesprekken met cliënten relatief makkelijk worden gesignaleerd door medewerkers van lokale teams. Dat geldt daarmee ook voor mogelijke zorgfraude (van der Torre, 2022).
   Als de grondslag van de financiering van de zorgaanbieder in de kern het aantal cliënten is (bij **taak- of resultaatgerichte financiering**), wordt bij het opstellen van het zorgplan vaak een knip gemaakt: tussen 'wat' en 'hoe' (zie bijvoorbeeld Rekenkamers Noord-Limburg, 2025). Het 'wat' wordt bepaald door het lokale team; dat komt vooral neer op het (zo duidelijk mogelijk) beschrijven van de doelen. 'Hoe' invulling wordt gegeven aan de zorg wordt in hoge mate bepaald door de zorgaanbieder. Dit kent voor- en nadelen. Het voordeel is dat de expertise van de aanbieder wordt benut om in te schatten welke zorg nodig is (Stuurgroep i-Sociaal Domein, 2021). Het risico is dat de zorgaanbieder de geboden ruimte niet benut om de zorg te optimaliseren voor de cliënt, maar dat de personele en financiële situatie van de zorgaanbieders bepaalt welke zorg wordt geleverd (Van der Torre, 2022; Rekenkamers Noord-Limburg, 2025). Een ander risico is dat de beschikking onvoldoende rechtszekerheid verschaft aan de cliënt; de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep dringt aan op duidelijkheid (zie tabel 3.1).
   Medewerkers van lokale teams kunnen in gesprekken met cliënten ontoereikende zorg **signaleren**. Wel valt bij taak- of resultaatgerichte financiering moeilijker in te schatten of het gaat om mogelijke fraude. Immers, concrete normen over zorgprestaties op het niveau van individuele cliënten ontbreken. Juist daarom is het belangrijk dat lokaleteammedewerkers, met een onafhankelijke positie ten opzichte van zorgaanbieders, **in directe gesprekken** te horen krijgen wat cliënten vinden van de zorg.[18] Zo nodig kunnen contractmanagers aanbieders bijsturen of corrigeren (zie hoofdstuk 4).
   Om de risico's te beheersen proberen lokaleteammedewerkers (in zorgplan en beschikking) de doelen zo helder mogelijk te formuleren. Ook kan worden gekozen voor een korte looptijd of meer intensieve regievoering (Rekenkamers Noord-Limburg, 2025).

Tabel 3.3: Medewerkers van lokale teams als unieke bron van uitvoeringsinformatie over zorg(fraude)

Medewerkers van lokale teams beschikken over unieke en belangrijke uitvoeringsinformatie over de zorgpraktijk. In een lange serie gesprekken met cliënten krijgen ze te horen hoe het er daadwerkelijk aan toegaat. Om zoveel mogelijk onverbloemde en betrouwbare informatie te krijgen, is het verstandig dat **bij deze gesprekken met cliënten, zo mogelijk, geen medewerkers van de zorgaanbieder aanwezig zijn**. Dan voelen cliënten zich (eerder) vrij om te vertellen hoe ze de zorg ervaren. Het brengt

18 Dit is belangrijke uitvoeringsinformatie, in aanvulling op gestandaardiseerde cliënttevredenheidsonderzoeken. Die informatie is belangrijk voor contractmanagers en toezichthouders.

medewerkers van lokale teams in de positie om, zo nodig, door te vragen over wat er speelt. Als in deze gesprekken de indruk ontstaat dat cliënten onder druk worden gezet door aanbieders of als het ware aan hun lot worden overgelaten, dienen lokaleteammedewerkers dit te melden bij contractmanagement en toezicht.

4. **Regievoering: maatwerktrajecten volgen en evalueren.**
   Na indicatiestelling start het proces om de voortgang van de zorg te bewaken: de regievoering. Daartoe worden periodiek evaluatiegesprekken gevoerd. De frequentie wordt afgestemd op:
   - De ingeschatte stabiliteit van de zorgvraag (vaker overleg bij ontwikkelperspectief).
   - De kosten en intensiteit van de zorg (vaker bij intensieve zorg).
   - Risico's wat betreft de rechtmatigheid of kwaliteit van de zorg (vaker bij hogere risico's).

De gesprekken met cliënten over de zorg (inspanningen, prestaties) geven **een 'unieke inkijk' in de zorgpraktijk.** Het brengt in beeld of zich problemen voordoen, in hoeverre de aanbieder zich houdt aan gemaakte afspraken en wat in algemene zin de kwaliteit en stijl van de zorgaanbieder zijn. **Feedback van cliënten** over de zorg en zorgaanbieder is **cruciaal bij de fraudeaanpak**. Daarom is het belangrijk om inwoners aan te moedigen om kwaliteitstekorten of onrechtmatige praktijken te melden.
De beschikking leent zich daar bij uitstek voor. Zie het onderstaande kader voor een advies, onder andere over een telefonisch bereikbaar meldpunt.
Tijdens en zeker na afloop van het zorgtraject wordt beoordeeld of de zorg kan worden beëindigd, kan worden afgeschaald (bijvoorbeeld naar een algemene voorziening) of dat een vorm van geïndiceerde zorg nodig blijft. Zo wordt op een onafhankelijke manier invulling gegeven aan een bekend uitgangspunt: 'doen wat nodig is'.

Tabel 3.4: Een maatregel om (met informatie in de beschikking) signalen over mogelijk zorgfraude op te halen bij cliënten

Bij de aanpak van zorgfraude adviseert Weerbaar Gelderland-Zuid (2025, p. 10) om te investeren in het ophalen van signalen bij cliënten: "Informeer cliënten over welke signalen zij moeten melden en hoe zij deze kunnen melden. Cliënten ontvangen een beschikking wanneer ondersteuning geïndiceerd wordt. In deze **beschikking** kan informatie rondom zorgfraude worden opgenomen. Van belang is dat het voor cliënten duidelijk is wat signalen van vermoedelijke zorgfraude zijn en wat het verschil is met een klacht die bij de aanbieder moet worden gemeld. Voorbeelden zijn dan ook van belang. Daarnaast moet voor de cliënt duidelijk zijn waar hij signalen kan melden. Wees daarbij alert dat gezien de leeftijd, taalachterstand of gebrek aan digitale middelen niet iedere cliënt in staat is een melding digitaal in te dienen. Zorg dan ook voor **telefonische bereikbaarheid van het meldpunt**".

Lokale teams als poortwachter in de tweede lijn: maatregel 2 samengevat
Een onafhankelijke en zorgvuldige beoordeling van een ondersteuningsvraag door cliënten, gevolgd door regievoering als een beschikking is afgegeven, zijn belangrijke instrumenten bij controle, sturing en signalering van problematische zorgpraktijken, inclusief zorgfraude: **lokale teams beschikken vanwege directe contacten met cliënten over veel en unieke (onverbloemde) informatie over de zorgpraktijk**. Het zorgplan en de beschikking maken duidelijk op welke zorg de cliënt mag rekenen; dat is de grondslag voor afdoende rechtszekerheid voor de cliënt. Lokale teams zijn een **cruciale schakel bij zorgfraudebestrijding**, omdat de intake (het beoordelen van de situatie) en gesprekken tijdens de regievoering helpen om:

- Te voorkomen dat cliënten valselijk worden beïnvloed en geïnstrueerd door frauderende aanbieders.
- Cliënten te koppelen aan goed presterende zorgaanbieders.
- Via het zorgplan en de beschikking te sturen op de zorg die geleverd moet worden.
- Via rapportages en voortgangsgesprekken met cliënten zicht te krijgen op de zorg.
- Mogelijke zorgfraude te signaleren.

We raden aan om in de beschikking aan te geven waar en hoe **cliënten** mogelijke **zorgfraude** laagdrempelig (bijvoorbeeld telefonisch) kunnen **melden**.

Ad c.) Het toetsen van de pgb-vaardigheid

Als een inwoner een persoonsgebonden budget (verder: pgb) wenst te ontvangen, zet een lokaal team enkele aanvullende stappen. Het belangrijkste is dat wordt vastgesteld of de cliënt beschikt over de benodigde vaardigheden om het pgb-budget te beheren en daarmee de gewenste zorg in te kopen. Hiertoe is een pgb-vaardigheidstoets ontwikkeld met tien punten. Deze tien punten zijn goed gedocumenteerd, onder andere door VWS.

Pgb-vaardigheid is belangrijk om te voorkomen dat een pgb-cliënt onder druk wordt gezet door frauderende bewindvoerders en/of zorgaanbieders om een ('zware') zorgindicatie aan te vragen. Om vervolgens ontoereikende zorg op te dringen aan de cliënt. Dit is een gangbare fraudetactiek (Van der Torre en Heijkoop, 2020). Kernvaardigheden zijn **vanuit het oogpunt van fraudepreventie** de kwaliteit om zelfstandig te handelen, het budget te beheren en als opdrachtgever de zorgverlener aan te sturen. Als de cliënt zelf niet pgb-vaardig is en een bewindvoerder krijgt, dient deze in het belang van de cliënt te handelen en een onafhankelijke positie te hebben ten opzichte van de zorgaanbieder. Een fraudetactiek bestaat eruit dat bewindvoerder en zorgaanbieders onder één hoedje spelen en samen de pgb-cliënt benadelen.

Deze toets vindt plaats aan de voorkant, al wordt ook bij de regievoering door lokaleteam-medewerkers gevraagd om te bewaken dat pgb-cliënten zelfstandig handelen en de zorgverlener aansturen. Het gaat dus om scherpte gedurende het **gehele pgb-traject**.

Als een pgb-beschikking is afgegeven, dient het lokale team erop toe te zien dat de pgb-houder een **budgetplan** opstelt. Met informatie over: de hulp die wordt ingekocht; de aanbieder of zorgverlener die die zorg levert; de wijze waarop deze zorg voldoet aan de kwaliteitseisen; de kosten van de zorg; en de verantwoordelijkheden van de pgb-houder. Dit verschaft over en weer duidelijkheid. De cliënt of bewindvoerder weet welke zorg hij kan inkopen en de gemeente weet wat er behoort te gebeuren. Dat legt de basis voor controle op de rechtmatige besteding van het geld.

Bij pgb-zorg wordt alertheid gevraagd op een **specifieke vorm van zorgfraude**, namelijk het doelbewust geld verdienen aan een zogenoemd informeel pgb; het pgb-budget wordt opgestreken, maar er wordt ontoereikende zorg geleverd. Zie onderstaande tabel.

Tabel 3.5: Over informele zorgfraude

Fraude met een informeel persoonsgebonden budget (pgb) betekent dat zorggeld, bedoeld voor zorg door naasten (bijvoorbeeld binnen de familie of binnen een huishouden), bewust onrechtmatig wordt gebruikt. Het komt erop neer dat informele zorgverleners worden betaald voor zorg die niet geleverd wordt. Bij het afgeven van een indicatie voor informele pgb-zorg is het inschatten van 'de eigen kracht' een kernpunt; wat kunnen mensen gratis en op eigen kracht wel of niet doen wat betreft zorgtaken? Dit levert dilemma's op, bijvoorbeeld voor ouders. Als ze noodzakelijkerwijs onbetaald veel extra zorg leveren aan een kind, kunnen ze die tijd niet besteden aan betaald werk buiten de deur, hetgeen aanzienlijke financiële gevolgen heeft. Als het kind formele zorg zou ontvangen (door een zorgaanbieder), is dit duurder. Bij de regievoering ontstaat ook een dilemma. Als wordt gefraudeerd is dit lastig vast te stellen in een gesprek met de pgb-cliënt als deze door naasten wordt verwaarloosd (er is dan een hoge drempel om dit te vertellen) of als de cliënt zelf profiteert van pgb-fraude.

Lokale teams als poortwachter in de tweede lijn: maatregel 3 samengevat
Medewerkers van lokale teams beoordelen of een cliënt **pgb-vaardig** is. Vanuit het oogpunt van fraudepreventie is belangrijk om te beoordelen of een pgb-cliënt de kwaliteiten heeft om **zelfstandig te handelen**, het budget te beheren en als opdrachtgever **de zorgverlener aan te sturen**. Dit is geen eenmalige toets, maar een punt van beoordeling tijdens de regievoering.

Ad d.) Bouwen aan alerte en signalerende lokale teams

Het verzamelen van uitvoeringsinformatie is een kernopdracht bij de aanpak van ondermijning; ook bij de aanpak van zorgfraude (Tops en Van der Torre, 2024). Medewerkers van lokale teams krijgen door vele gesprekken met cliënten inzicht in het doen en laten van zorgaanbieders. Zij stuiten daarbij onder andere op signalen over mogelijke zorgfraude. Langs verschillende lijnen kan worden gewerkt aan alerte en signalerende lokaleteammedewerkers:

- Het levensecht groepsgewijs trainen en instrueren van medewerkers over fraudevormen en fraudetactieken. Er is ook een, door de VNG gemaakte, e-learning 'fraude-alertheid in de zorg' beschikbaar.
- Het inrichten van een meldpunt voor meldingen over mogelijke zorgfraude en kwaliteitstekorten; bereikbaar voor medewerkers én cliënten of andere inwoners. Plus zorgen dat lokale teams bekend raken met dit meldpunt. Verschaf van meet af aan duidelijkheid richting melders over (de grondslag van) informatiedeling.
- Bij de indicatiestelling en tijdens de regievoering huisbezoeken afleggen bij cliënten ('keukentafelgesprekken'), plus het bezoeken van zorglocaties.
- Organiseren dat toezichthouders, lokaleteammedewerkers en kwaliteitsmedewerkers over en weer bekend raken:
  - Door periodiek overleg (o.a. over fraudesignalen) tussen 'lokaal team', 'kwaliteit' en 'toezicht'.
  - Door toezichthouders trainingen over zorgfraude te laten verzorgen of daarbij een actieve rol te geven.

- Het signaleren van problemen in de zorgpraktijk (bijvoorbeeld fraudesignalen en personeelsproblemen) opnemen in de werkprocessen van lokale teams, zoals formulieren en checklists of vragenlijsten.
- De personele formatie van lokale teams afstemmen op de workload, zodat er tijd en ruimte is voor situatiebeoordelingen, voor gesprekken met cliënten en voor het signaleren en aankaarten van mogelijke zorgfraude. Er dient te worden voorkomen dat (lange) wachtlijsten ontstaan. Dat hindert de gevraagde ambtelijke zorgvuldigheid en leidt tot spanningen tussen lokale teams en cliënten.

Lokale teams als poortwachter in de tweede lijn: maatregel 4 samengevat Investeer in kennis, kwaliteit en voldoende capaciteit van lokale teams, omdat de medewerkers een goed en uniek inzicht hebben in het doen en laten van zorgaanbieders. Zij stuiten op **signalen over mogelijke zorgfraude**. Zorg voor structureel overleg tussen toezichthouders, lokaleteammedewerkers en kwaliteitsmedewerkers over deze signalen.

4

Contract-management: relatiebeheer en grenzen stellen

Doelen

In de fase van contractbeheer keren **de twee hoofdopdrachten bij de aanpak van zorgfraude terug**: in dialoog met zorgaanbieders toezien op toereikende zorg, maar ook afwijkingen in kaart brengen en zo nodig grenzen stellen. Als de zorg op onderdelen (tijdelijk) tekortschiet of tegen problemen aanloopt, wordt dit besproken met zorgaanbieders; om vanuit de contractrelatie tot een oplossing te komen. Dit is **horizontaal** bijsturen. Zo nodig wordt nader uitgezocht hoe het zit en worden aanbieders gecorrigeerd. Bijvoorbeeld met herstelmaatregelen; de relatie blijft, maar de verhoudingen worden meer **verticaal**. Mogelijk vraagt de situatie om privaatrechtelijke maatregelen, zoals verscherpt toezicht op verbetermaatregelen, een tijdelijke cliëntenstop of zelfs het geheel of deels ontbinden van een contract. Contractmanagement kan overgaan in toezicht, namelijk als een beroep wordt gedaan op toezichthouders en hun bevoegdheden om meer diepgravend onderzoek te doen (zie hoofdstuk 5.)

De **dubbele functie** van contractmanagement (relatiebeheer en grenzen stellen) bij de zorgfraude-aanpak komt tot uiting in de volgende doelstellingen:

1. Een relatie onderhouden met zorgaanbieders die zich (steeds weer) **bewijzen** op basis van geleverde prestaties. Alertheid en bijsturing vanuit de relatie **reduceert het risico** op zorgfraude.
2. Inzicht verschaffen over het functioneren van gecontracteerde zorgaanbieders, met aandacht voor **afwijkende prestaties** die wijzen op (mogelijke) frauderisico's of oneigenlijke zorgpraktijken.

Op basis van gesignaleerde afwijkende prestaties (vroeg)tijdig **vaststellen wat er speelt**, om zo nodig aan te sturen op verbetering: in dialoog met de zorgaanbieder (horizontaal) of vanuit de relatie, maar via correcties (meer verticaal). Dit werkt **preventief** (het vermindert de ruimte voor zorgfraude) en helpt bij het **signaleren** van (mogelijke) zorgfraude.

Maatregelen

Er worden langs drie lijnen inspanningen gevraagd om de doelstellingen te realiseren:

a. Contractmanagement en zorgfraude: preventie en risicobewustzijn
b. Horizontale monitoring: inzicht en bijsturen vanuit de relatie
c. Verticale monitoring: uitzoeken en (zo nodig) passende maatregelen

Ad a.) Contractmanagement en zorgfraude: preventie en risicobewustzijn

In de contractfase volgen en bewaken contractmanagers het doen en laten van zorgaanbieders. Contractbeheer is "(...) het managen en bijsturen op de uitvoerings-, samenwerkings- en ketenafspraken" (Ketenbureau i-Sociaal Domein, 2025, p. 4). Vanuit het oogpunt van zorgfraudebestrijding heeft goed algemeen contractmanagement een **preventief effect**. De gedachte is dat de ruimte voor zorgfraude of voor oneigenlijke organisatietactieken wordt gereduceerd door sturing op contractvoorwaarden, wettelijke regels en doelstellingen.

Een onderdeel van contractmanagement bestaat uit het **signaleren** van afwijkende omstandigheden, prestaties, kostenontwikkelingen of andere patronen die wijzen op mogelijke risico's. Contractmanagers zoeken bij '**horizontale monitoring**' naar verklaringen en (zo nodig) naar verbetering door de zorgaanbieder (zie punt b.). Bij blijvende problemen of risico's krijgt de monitoring een meer **verticaal** karakter (zie punt c.) Er wordt uitgezocht wat er aan de hand is en, zo nodig, worden passende maatregelen getroffen. Dit loopt uiteen van een verbeterplan tot aan een cliëntenstop of contractbeëindiging (Ketenbureau i-Sociaal Domein, 2025).

Vanwege de aard en omvang van zorgfraude is het belangrijk dat contractmanagers zich beseffen dat binnen hun portefeuille **realistische risico's bestaan op zorgfraude of op oneigenlijke zorgpraktijken**, *ongeacht* de aard van het zorglandschap (veel of weinig gecontracteerde zorgaanbieders) en *ongeacht* de gehanteerde

financieringsmethodiek. Wel verschilt de aard van die risico's:

- Inspanningsgerichte financiering gaat, omdat wordt betaald per uur of per dag, samen met duidelijke normen, productomschrijvingen en beschikkingen. Dit heeft verschillende voordelen bij zorgfraudebestrijding. Cliënten zien en melden eerder onrechtmatigheden en het is voor contractmanagers of toezichthouders relatief eenvoudig om (bijvoorbeeld bij dossieronderzoek) onrechtmatigheden te ontdekken in de facturatie. De vastgelegde normen zijn een goede basis voor toezicht-houders om bij een rechtmatigheidsonderzoek zorgfraude aan te tonen of uit te sluiten. Idealiter schrikt dit fraudeurs af; ze weten dat ze in detail gecontroleerd (kunnen) worden. Cliënten en lokaleteammedewerkers weten hoeveel uren zorg geleverd moet worden; afwijkingen worden eerder opgemerkt en gemeld.
  Er zijn ook risico's. Dit financieringsmodel geeft een prikkel om het volume (aantal cliënten) en de intensiteit van de zorg op te hogen (Van der Torre, 2022). Scherpte bij indicatiestelling en regievoering dient te voorkomen dat frauderende zorgaanbieders cliënten instrueren om indicaties aan te vragen (zie hoofdstuk 3). Ook bestaat het risico dat wordt aangestuurd op volledige benutting van een budget, terwijl dat onrealistisch is (alleen al vanwege vakanties) of niet noodzakelijk om de doelen te bereiken.

- Bij taakgerichte (of resultaatgerichte) financiering is in de kern het aantal cliënten de grondslag van betalingen aan zorgaanbieders. De insteek is van meet af aan gericht op dialoog en partnerschap tussen gemeenten en zorgaanbieders. Die aanbieders krijgen veel ruimte om de zorg af te stemmen op de situatie van de cliënt. Deze werkwijze heeft voordelen bij fraudebestrijding. Indien een beperkt aantal zorgaanbieders wordt gecontracteerd, reduceert dat de ruimte voor andere aanbieders om te frauderen met Zorg in Natura.
  Hier staan risico's tegenover. Zorgaanbieders kunnen de geboden ruimte benutten om niet richting de cliënt te optimaliseren, maar vanuit de personele of financiële situatie van de eigen organisatie (Rekenkamer Deventer, 2021; Van der Torre, 2022). Er wordt bijvoorbeeld te weinig of te laag gekwalificeerd personeel ingezet ten opzichte van de problematiek binnen de cliëntenpopulatie. Er is een prikkel om niet te veel 'zware' cliënten te accepteren (dit vergt dure personele inzet) en om indicaties van gewillige cliënten juist door te laten lopen of te verlengen. Een bijkomend probleem is dat zorgfraude moeilijk valt aan te tonen als contracten en beschikkingen onduidelijk zijn over inspanningen die een zorgaanbieder dient te verrichten (Van der Torre, 2022; Rekenkamers Noord-Limburg, 2025; Van der Torre, 2026).
  Tot slot bestaat de mogelijkheid dat een zorgaanbieder onderaannemers of zzp'ers inhuurt die de insteek hebben om zorgfraude te plegen (RIEC Oost-Nederland, 2023).

Contractmanagement: maatregel 1 samengevat
Vanuit het oogpunt van zorgfraudebestrijding heeft goed georganiseerd contract-management een **preventief** effect: de ruimte voor zorgfraude of voor oneigenlijke organisatietactieken wordt gereduceerd door monitoring en sturing op contract-voorwaarden, wettelijke regels en doel-stellingen. Toch is het vanwege de aard en omvang van zorgfraude belangrijk dat contractmanagers zich beseffen dat er binnen hun portefeuille realistische risico's bestaan op zorgfraude of op oneigenlijke zorgpraktijken, ongeacht de aard van het zorglandschap (veel of weinig gecontrac-teerde zorgaanbieders) en ongeacht de gehanteerde financieringsmethodiek.

Ad b.) Horizontale monitoring: inzicht en bijsturen vanuit de relatie

Een belangrijk instrument om zicht te houden op het functioneren van zorgaanbieders zijn periodieke gesprekken: **accountgesprekken**.[19] Contractmanagers hebben daarbij een sleutelrol. De frequentie van de gesprekken wordt afgestemd

19 Het voeren van zulke gesprekken is een standaard contractbepaling.

op het volume van de zorg. Bijvoorbeeld twee of vier keer per jaar met grote(re) aanbieders en een jaarlijks gesprek met een kleine aanbieder. Steeds is de rode draad: stemt de zorgpraktijk overeen met de 'letter en geest' van gemaakte (contract-) afspraken?[20]

Door de optelsom van contractvoorwaarden, prestatie-indicatoren, kwaliteitseisen en/of (potentiële) gesprekspunten is een **goede voorbereiding** het halve werk. Dat geldt in het algemeen bij monitoring, maar zeker om invulling te geven aan de gevraagde alertheid op indicaties voor zorgfraude of oneigenlijke zorgpraktijken. Dit vergt een **combinatie van systeemkennis** (een overzicht van scores op indicatoren door een zorgaanbieder) en **kwalitatieve uitvoeringskennis**; inzicht, kennis en patroonherkenning door uitvoerende professionals.[21] Dit wijst op patronen die aandacht behoeven in accountgesprekken. Het trechteren van informatie is belangrijk met het oog op het herkennen van indicaties voor (risico's op) zorgfraude of oneigenlijke organisatietaken. Hiertoe worden de volgende stappen gezet:

1. Het opstellen van een **kwantitatief aanbieders-profiel**, op basis van systeeminformatie over indicatoren en op basis van jaarrekeningen.[22] Op het niveau van een contractpartij wordt een set indicatoren op een rij gezet die gecombineerd een eerste beeld geven over het functioneren.[23] Opvallende scores worden geselecteerd.

   Vanuit de invalshoek van zorgfraude zijn onder andere de kwaliteitseisen en **risico-indicatoren** relevant, zoals die in het KIT-inkoopinstrument (zie hoofdstuk 2). Een eis is bijvoorbeeld om een compleet overzicht van medewerkers en onderaannemers aan te leveren, met geverifieerde diploma's en VOG-verklaringen. Risico-indicatoren zijn onder andere een hoog winstpercentage; dividenduitkeringen; lage loonkosten in relatie tot de omzet en een groot aantal ingehuurde onderaannemers. Ook ongebruikelijke transacties zijn een indicatie voor mogelijke zorgfraude; een rapport zet praktijkvoorbeelden van ongebruikelijke transacties die wijzen op mogelijke zorgfraude op een rij (BFT, 2024). Zorgfraudebeleid vergt alertheid op vastgoed binnen bedrijfsstructuren, zoals het huren van vastgoed bij een 'eigen' BV. Dan kan (ondanks een bescheiden winst) veel geld worden verdiend door één of enkele sleutelpersonen in (frauderend) zorgnetwerk.
   Het dashboard **Zicht op Ondermijning** wijst (onder de knop 'zorg', op de pagina 'complexe bedrijfsstructuren') op risico's die schuilen in complexe bedrijfsstructuren en zet de kenmerken daarvan op een rij. Zoals: het aantal branche-hoofdgroepen binnen een structuur; het aantal rechtspersonen op hetzelfde niveau in een bedrijfsstructuur; en het aantal lagen voordat een natuurlijk persoon in beeld komt.

2. **Kwalitatieve uitvoeringsinformatie verzamelen** is een cruciale stap. Om te weten hoe zorg-aanbieders in de praktijk functioneren zijn ambtelijke professionals met uitvoerende taken een belangrijke bron: medewerkers van lokale teams, toezichthouders, kwaliteitsmedewerkers en beleidsadviseurs (Te Bos en Diepenmaat, 2025). Dit kan informatie opleveren over (mogelijke) **fraudetactieken of oneigenlijke organisatietactieken**.

---

20 In periodieke gesprekken wordt besproken hoe de aanbieder ervoor staat, of het beschikbare personeel aansluit op de zorgvraag, hoe de samenwerking verloopt met de gemeentelijke toegang (lokale teams) en met andere verwijzers, wat belangrijke financiële of beleids-matige ontwikkelingen zijn en op welke punten zich problemen voordoen of aankondigen. Ook wordt gesproken over declaraties, het aantal zorgtrajecten (lopend, gestart, afgesloten), de gemiddelde looptijd van zorgtrajecten en de personele inzet (de opleiding, het aantal uren).

21 Zie over de combinatie van systeemkennis en uitvoeringsinformatie bijvoorbeeld: Ketenbureau i-Sociaal Domein, 2025; Sociaal Domein Fryslân, 2023, p. 7.

22 Een bron is hierbij onder andere Zicht op zorgaanbieders.

23 Dit verschilt per gemeenschappelijke regeling en het maakt deels uit of het gaat om Wmo-ondersteuning of jeugdhulp. Zie voor een algemeen overzicht: Ketenbureau i-Sociaal Domein, 2025 (dit rapport noemt vijf hoofdthema's om contractafspraken te monitoren en om te bespreken met zorgaanbieders: 1.) uitvoering na toewijzing/wachttijden; 2.) kwaliteit in de uitvoering; 3.) voortgang van de opdracht; 4.) risicomanagement/ rechtmatigheid; en 5.) rapportages en financiële verantwoording). Zie voor een overzicht van kwaliteitseisen en prestatie-indicatoren bij jeugdhulp: Sociaal Domein Fryslân, 2023.

Bijvoorbeeld:
- Cliënten beïnvloeden om onnodige indicaties af te geven.
- Cliënten onder druk zetten (bijvoorbeeld door ze afhankelijk te maken), zodat ze bijvoorbeeld geen klacht indienen en weinig informatie verschaffen aan lokaleteammedewerkers.
- Cliënten ronselen, door ze geld te betalen of aantrekkelijke spullen of cadeaus aan te bieden en zo te verleiden om weg te gaan bij een bonafide zorgaanbieder.
- Indicaties die zijn afgegeven door een huisarts keer op keer benutten voor verlenging van een zorgtraject, buiten de lokale teams om.
- Cliënten onder druk zetten door zorg te koppelen aan woonruimte; als ze ontoereikende zorg niet langer accepteren, verliezen ze hun woonruimte.
- Bewuste resultaatarme zorg, om zo de personele kosten te drukken.
- Het weigeren van 'zware' cliënten (bij een vast bedrag per cliënt).
- De inzet van ongekwalificeerd of ongemotiveerd personeel.
- Eenvoudige activiteiten 'verkopen' als hoogwaardige zorg (bijvoorbeeld bij dagbesteding).
- Zorgaanbieders die bellen met contractmanagers of met een wethouder om te klagen over gewone en gepaste activiteiten en vragen lokaleteammedewerkers of toezichthouders.
- Te weinig uren zorg leveren ten opzichte van de beschikking (inspanningsfinanciering) of ten opzichte van de zorgbehoefte van de cliënt (taakgerichte financiering of resultaatfinanciering).
- Schaarste aan zorgplaatsen uitspelen in 'onderhandeling' met een lokaal team; bijvoorbeeld alleen plaatsing bij een zware en/of langdurige indicatie of bij een combinatie van indicaties ('stapelen van zorg').

3. Het ***combineren van systeemkennis en uitvoeringskennis*** om gesprekspunten voor te bereiden ten behoeve van het accountgesprek.[24] Het vergt aandacht en uitleg als bepaalde kwantitatieve en kwalitatieve **risico-indicatoren samenkomen**. Bijvoorbeeld:

- Relatief weinig uitstroom van cliënten in combinatie met informatie over ontoereikende zorg (weinig personeel, onvoldoende kwalificaties) en druk op indicatiestellers (in lokale teams) om her-indicaties af te geven.
- De relatief snelle groei van een nieuwe aanbieder op een competitieve sub-markt (bijvoorbeeld ambulante jeugdhulp), hoge salarissen en dividenduitkering, plus bijzonderheden bij indicatiestelling: cliënten met steeds hetzelfde verhaal en/of relatief veel verwijzingen via een huisarts.
- Een aanbieder met relatief lage loonkosten ten opzichte van de omzet, informatie over cliënten die worden geronseld en verleid (cadeaus, zakgeld) en aanwijzingen voor ontoereikende zorg (meer 'verblijf' dan professionele dagbesteding).
- Een aanbieder die hoog opgeeft over methodisch werken, terwijl er informatie is dat ondergekwalificeerd personeel wordt ingezet en dat wordt gewerkt met te grote groepen, afgezet tegen de (problematiek van de) cliëntpopulatie. Het dashboard Zicht op ondermijning brengt (onder de knop 'zorg', op de pagina 'diploma's en opleidingen') risico's in kaart die schuilen in personeel dat niet is gekwalificeerd (bijvoorbeeld zorgbedrijven waar niemand een diploma heeft). Zie ook hoofdstuk 6.
- Hoge uitgaven bij het huren van vastgoed bij sleutelfiguren binnen de bedrijfsstructuur van een zorgaanbieder, in combinatie met informatie dat zorgcliënten onder druk worden gezet door de koppeling van wonen en zorg; wie de ontoereikende zorg niet langer accepteert, verliest de schaarse woonruimte.
- Een aanbieder met zorgen over de continuïteit van de bedrijfsvoering die onrechtmatige facturen indient. Bijvoorbeeld frequent een creditfactuur sturen om het factuurbedrag achteraf op te hogen tot het maximum, terwijl cliënten juist klagen over te weinig uren zorg.

24 Het combineren van systeemkennis en uitvoerings- of straat-informatie is een belangrijke schakel om zicht te krijgen op afgeschermde illegale of ondermijnende praktijken: zie Tops en Van der Torre, 2024.

4. Het voeren van ***periodieke accountgesprekken*** maakt deel uit van de contactrelatie met aanbieders. Het primaire doel is horizontaal contact, gebaseerd op het vertrouwen dat de aanbieder de gevraagde zorg levert.[25] Zodra er afwijkende patronen zijn die wijzen op risico's op fraude of oneigenlijke praktijken, verandert de insteek van het accountgesprek (zie Rekenkamers Noord-Limburg, 2025). Er wordt getracht uit te zoeken hoe het zit en zo nodig wordt vanuit de relatie bijgestuurd. Dit kan op verschillende manieren:

   - Verbetergesprekken waarin aanbieders worden geïnformeerd en geadviseerd, om te komen tot naleving van contractafspraken.
   - In een gesprek aansturen op het wegnemen van een geconstateerde tekortkoming door een zorgaanbieder, inclusief tijdelijk verscherpt contractmanagement; met meer frequente gesprekken.
   - Een aanbieder een verbeterplan op laten stellen. Dit wordt vervolgens gemonitord.
   - Er kan ook een ingelast signaalgesprek worden gevoerd. Op basis van een signaal dat niet kan wachten, wordt een gesprek gepland.
   - Bij ernstige geconstateerde risico's of als de gevraagde verbetering achterwege blijft, wijzigt de toonzetting opnieuw. Contractmanagement krijgt dan een verticaal karakter; zie punt c.

Contractmanagement: maatregel 2 samengevat
Contractmanagement binnen de relatie met zorgaanbieders vergt een combinatie van **systeemkennis** (een overzicht van scores op indicatoren door een zorgaanbieder) en kwalitatieve **uitvoeringskennis** (inzicht van uitvoerende professionals, zoals indicatiestellers, kwaliteitsmedewerkers en toezichthouders). Als afwijkende scores en patronen wijzen op mogelijke zorgfraude of op mogelijke oneigenlijke praktijken, vergt dat uitleg van de aanbieder. Er zijn mogelijkheden om, zo nodig, vanuit de relatie **bij te sturen**; bijvoorbeeld verbetergesprekken, een verbeterplan of verscherpt contractmanagement.

Ad c.) Verticale monitoring: uitzoeken en (zo nodig) passende maatregelen

Contractmanagement stuurt aan op naleving van doelen en normen in het contract. Als een gecontracteerde aanbieder zich niet houdt aan contractvoorwaarden, ook niet na bijsturing vanuit de relatie (zie punt b.), is het zaak om nader uit te zoeken wat er aan de hand is.

Bij systematische niet-naleving zijn corrigerende maatregelen geboden. De aard van de maatregel wordt afgestemd op de ernst van de contractschending. Dat wordt onder andere bepaald door de schadelijke effecten voor cliënten, de financiële kosten en de ogenschijnlijke insteek van de aanbieder. Er wordt gesproken over een **escalatieladder**. Contractmanagers kunnen op basis van het **privaatrecht** verschillende maatregelen treffen:

- Ingebrekestelling; de aanbieder krijgt een formele kans om aan de contractuele verplichtingen te voldoen.
- Het vorderen van nakoming (eventueel met schadevergoeding); de gemeente kan nakoming van een contract vorderen, bijvoorbeeld door afgedwongen medewerking aan een controle (een audit). Het ketenbureau i-sociaal domein (2025, p. 34–38) heeft andere maatregelen op basis van het Burgerlijk Wetboek op een rij gezet.
- Aanvullend zijn de volgende maatregelen opgenomen in contractstandaarden (Ketenbureau i-sociaal domein, 2025): tijdelijk de tarieven en prestaties aanpassen; onterecht betaalde bedragen terugvorderen of verrekenen; tijdelijk vijf procent korten op het tarief; en de overeenkomst opzeggen.

Er kunnen ook **andere instrumenten** worden ingezet:

25 Dit veronderstelt dat de zorgaanbieder ook zelf wijst op problemen bij het naleven van contractvoorwaarden, zoals personeelstekorten of ontoereikende zorg door een onderaannemer.

- Een signaalgestuurde audit, gebaseerd op meldingen of signalen. Dit kan worden gericht op één aanbieder en ook op een gesignaleerd fenomeen dat speelt bij verschillende aanbieders. Bijvoorbeeld niet-incidentele declaratiefouten.
- Beschikbare informatie kan vragen om een Bibob-toets in de contractfase (mits het contract daartoe de basis legt). Bijvoorbeeld bij indicaties dat zorgaanbieders worden gebruikt om geld wit te wassen.
- Het inschakelen van toezichthouders om (rechtmatigheids-)onderzoek uit te voeren. Zie hoofdstuk 5.

Contractmanagement: maatregel 3 samengevat
Bij systematische niet-naleving van contractvoorwaarden zijn corrigerende maatregelen geboden. De aard van de maatregel wordt afgestemd op de ernst van de contractschending. Op basis van het contract en het Burgerlijk Wetboek kunnen privaatrechtelijke maatregelen worden getroffen, zoals (tijdelijk) vijf procent korting op het tarief of een contract geheel of gedeeltelijk ontbinden. Er zijn ook andere maatregelen mogelijk, zoals een Bibob-toets in de contractfase (mits dit is vastgelegd in het contract) of een (rechtmatigheids-) onderzoek door toezichthouders.

Toezicht en handhaving: volwaardige pijlers

5

Doelen

Toezicht en handhaving zijn noodzakelijk vanwege de kansenstructuur en omvang van zorgfraude. Toezicht is een functie met eigen kwaliteiten, bevoegdheden en werkwijzen; **gelijkwaardig en complementair** aan contractmanagement en beleidsfuncties. Toezicht en handhaving bouwen voort op normen die in wetten, contracten, verordeningen en beleidsregels zijn gesteld over de zorg. Die normen zijn tandeloos zonder toezicht en handhaving; dat besef geeft de functie van toezichthouders **operationele, beleidsmatige én strategische betekenis** (VNG, 2026). Toezicht **beschermt cliënten** tegen frauduleuze of ontoereikende zorgpraktijken, zoals onveiligheid, het misleiden of zelfs uitbuiten van cliënten en het bewust laten voortslepen of verergeren van problemen waarmee cliënten kampen.

Onderzoek door toezichthouders laat zien wat zich afspeelt in de zorgpraktijk. Het is de grondslag voor passende interventies. Bevindingen van toezichthouders zijn een bron van advies voor de wethouder zorg, voor contractmanagers, voor de inkooporganisatie en voor beleidsmedewerkers. Toezicht bij Wmo-ondersteuning (rechtmatigheid en kwaliteit) en jeugdhulp (rechtmatigheid) draagt bij aan het realiseren van de volgende doelstellingen:

1. Toezicht en handhaving organiseren als **noodzakelijke pijler** van het sociaal beleid en bij zorgfraudebestrijding.
2. Met **breed en gevarieerd toezicht** informatie verzamelen over hoe het er in de zorgpraktijk daadwerkelijk aan toegaat.
3. Toezichthouders een **onafhankelijke positie** geven, zodat ze in staat zijn normerende en corrigerende functies te vervullen, mede ter **bescherming van cliënten** die ontoereikende zorg krijgen of die worden verwaarloosd en/of onder druk worden gezet.
4. **Evalueren en leren** op basis van informatie en inzichten van toezichthouders.

Maatregelen

Om toezicht en handhaving een voldragen plek te geven bij de aanpak van zorgfraude zijn maatregelen langs vier lijnen gevraagd:

a. Politiek-bestuurlijk draagvlak voor toezicht en handhaving
b. Toezicht positioneren: randvoorwaarden organiseren
c. Breed en gevarieerd toezicht: om zicht te krijgen op de zorgpraktijk
d. Van toezicht naar interventie.

Ad a.) Politiek-bestuurlijk draagvlak voor toezicht en handhaving

Toezicht en handhaving dienen politiek-bestuurlijk te worden gedefinieerd als **noodzakelijke functies** bij de zorgfraude-aanpak. Toezichthouders brengen zorgfraude, onrechtmatige zorgpraktijken en/of kwaliteitstekorten in beeld. Toezichtrapporten scheppen duidelijkheid en stellen zaken vast die anders buiten beeld blijven. Toezichthouders kunnen **diepgravend onderzoek** verrichten op basis van een **uitgebreide set bevoegdheden**. Zo mogen ze plaatsen betreden, onder voorwaarden een huisbezoek afleggen, inlichtingen vorderen en inzage vorderen van zakelijke gegevens en bescheiden. Het '*Handboek zorgfraude en zorgcriminaliteit*' (Samen weerbaar, 2025, p. 13) zet de bevoegdheden op een rij. De VNG maakte een handreiking voor Wmo-toezicht (VNG, 2020) en een protocol voor huisbezoeken (VNG, 2016).

Het is belangrijk dat raadsleden en het college van burgemeester en wethouders (met name de wethouder zorg) de betekenis van toezicht en handhaving onder ogen zien. Handhaving is een bevoegdheid en geen plicht. De Wmo (art. 2.1.3) en de Jeugdwet (art. 2.9) bepalen dat de gemeenteraad in de verordening regels stelt "(...) voor de bestrijding van ten onrechte ontvangen van een maatwerkvoorziening of een persoonsgebonden budget, alsmede van misbruik of oneigenlijk gebruik van de wet". Deze wetten vragen om rechtmatigheidstoezicht bij Wmo-ondersteuning en jeugdhulp, terwijl de wettelijke plicht beperkt blijft tot het aanstellen van een toezichthouder bij calamiteiten bij Wmo-ondersteuning.

Er zijn voor het lokaal bestuur overtuigende **praktische en fundamentele redenen** om te investeren in de formatie en kwaliteit van toezichthouders bij Wmo-ondersteuning (rechtmatigheid en kwaliteit) en jeugdhulp (rechtmatigheid):

- De Algemene Rekenkamer (2022) wijst op de riante kansenstructuur voor zorgfraude, mede vanwege beperkingen aan de effectiviteit van toezicht en handhaving.
- Het beschermen van kwetsbare cliënten tegen onrechtmatige en kwaliteitsarme praktijken van zorgaanbieders. Rapporten van toezichthouders zijn een steun in de rug van zorgcliënten die ontoereikende zorg ontvangen. Bij ernstige casuïstiek zijn toezicht en handhaving cruciaal voor de sociale en persoonlijke veiligheid van cliënten.
- De VNG (2026) benadrukt de betekenis van 'reflectief toezicht': relevante verbeterpunten voor sociaal beleid en fraudebestrijding op basis van opgedane inzichten door toezichthouders.
- Normstelling, toezicht en handhaving zijn een drie-eenheid. Normstelling zonder toezicht en handhaving is tandeloos.
- Het Stimuleringsprogramma toezicht Wmo dringt aan op versterking van het kwaliteitstoezicht. Het model toetsingskader (VNG en GGD GHOR Nederland, 2024) zet op een rij hoe een toezichthouder kan toezien op naleving van kwaliteitseisen in de Wmo.
- Toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid is sterk verweven. Systematische ontoereikende zorg (kwaliteitstekort) kan zorgfraude blijken te zijn. Samenhang is nodig, zo blijkt uit onderzoek van Zoutenbier e.a. (2024). Zie tabel 5.1 over een tactiek van zorgfraudeurs om onrechtmatige praktijken te definiëren als kwaliteitsprobleem, om zo harde sancties te ontlopen.
- De zogenoemde 'Routekaart Toezicht, Handhaving en Naleving Wmo 2015 en Jeugdwet' van de VNG legt uit hoe stapsgewijs gemeentelijk toezichtbeleid kan worden gevormd en ingevoerd.

Toezicht en handhaving: maatregel 1 samengevat
Vanwege de omvang van (de kansenstructuur voor) zorgfraude met Wmo-ondersteuning en jeugdzorg én om zorgcliënten te beschermen dienen **toezicht en handhaving** politiek-bestuurlijk te worden benoemd als **belangrijke en noodzakelijke functies**. Dit vergt breed en gevarieerd toezicht (maatregel 3) en afdoende organisatorische randvoorwaarden (maatregel 2).

Ad b.) Toezicht positioneren: randvoorwaarden organiseren

Om effectief gestalte te geven aan toezicht is het noodzakelijk om een **toezichtorganisatie op te bouwen**. Hiertoe dienen enkele **keuzen** te worden gemaakt:

- Toezichthouders kunnen worden aangesteld als Sociaal Rechercheur (boa domein V), met strafrechtelijke bevoegdheden. In dat geval kan bij verdenking strafrechtelijk onderzoek worden gedaan naar zorgfraude, zorgcriminaliteit of daaraan gerelateerde strafbare feiten, zoals valsheid in geschrifte (art. 225 Sr) of oplichting (art. 326 Sr). Dit heeft enkele belangrijke voordelen: er kan zo nodig snel een strafrechtelijk onderzoek worden opgestart en daarbij kan informatie worden gevorderd (bijvoorbeeld de administratie van zorgaanbieders of bankgegevens). Ook kunnen verdachten of getuigen worden gehoord.
- Er dient een keuze te worden gemaakt over het werkgebied van toezichthouders: werken ze op gemeentelijk niveau of in gemeenten die zijn aangesloten bij een gemeenschappelijke regeling. Dit kan beiden. Een punt van overweging betreft de mogelijkheid (voor kleinere of middelgrote gemeenten) om een team met toezichthouders in te richten. Uit het 'Beroepsprofiel Toezichthouder Wmo en Jeugdwet' (VNG, 2026) blijkt dat een optelsom van competenties wordt gevraagd om invulling te geven aan effectief toezicht. Binnen een team kunnen professionals met uiteenlopende ervaringen en opleidingen samenwerken.
- Een derde keuze betreft het kwaliteitstoezicht op Wmo-ondersteuning. Is dit onderdeel van het takenpakket van gemeentelijke rechtmatigheids-toezichthouders of wordt het daarvan losgeknipt? Bijvoorbeeld door deze taak in handen te geven van de GGD. Het is beide mogelijk. Bij de afweging speelt een rol dat toezicht en onderzoek naar 'kwaliteit' en 'rechtmatigheid' elkaar aanvullen en dat het onderscheid diffuus is. Wat een kwaliteits-vraagstuk lijkt te zijn, kan (tijdens een onderzoek) zorgfraude blijken te zijn. Of omgekeerd. Alertheid is geboden op een geconstateerde fraudetactiek; zie de tabel op de volgende pagina.

Tabel 5.1: Over een fraudetactiek

Het is een tactiek van bewust frauderende of misleidende zorgaanbieders om geconstateerde problemen zo lang mogelijk, in contact met contractmanagers of toezichthouders, te definiëren als een kwaliteitsprobleem dat hersteld kan worden. Deze categorie aanbieders rekt tijd, zadelt de gemeente op met een slepend traject en probeert mogelijk te schikken over een terugvordering. Dit is gericht op het afschermen van zorgfraude of van oneigenlijke zorgpraktijken en op het continueren van winstgevende zorg (Van der Torre en Heijkoop, 2020).

Om het decentrale toezicht op Wmo-ondersteuning en jeugdhulp in positie te brengen, dienen **randvoorwaarden** te worden gecreëerd:

- Toezichthouders dienen een onafhankelijke positie te hebben: bij het opstellen van toezicht-programma's en bij besluitvorming over het (al dan niet) opstarten van onderzoeken naar rechtmatigheid of naar de kwaliteit van Wmo-ondersteuning (VNG, 2026).
- De personele bezetting van de toezicht-organisatie dient te worden afgestemd op de werkvoorraad; kwantitatief (de formatie) en wat betreft kennis en vaardigheden. Daarbij is belangrijk dat de toezichtfunctie veeleisend is vanwege de complexiteit van zorgfraude of oneigenlijke zorg; zorgaanbieders passen allerhande tactieken toe om dit te verhullen (Van der Torre en Heijkoop, 2020; Te Bos en Diepenmaat, 2025). Daarom is breed en gevarieerd toezicht nodig; zie punt c.
- Investeren in trainingen en opleiding. Dat is nodig om het toezicht af te stemmen op de omvang, complexiteit en dynamiek van zorgfraude.
- Het uitgangspunt is dat contractmanagement en toezicht gelijkwaardige functies zijn die elkaar aanvullen. Dat wijst op het belang van overleg tussen contractmanagers, toezichthouders en andere ambtelijke professionals (o.a. kwaliteits-medewerkers en inkoopspecialisten).
- Het is belangrijk dat toezichthouders in directe gesprekken verantwoordelijk wethouder(s) informeren over: 1.) algemene lessen; en 2.) interventie-adviezen op basis van uitgevoerd onderzoek. Dit helpt bij de stap van onderzoek naar passende interventie. Zie punt d.

Toezicht en handhaving: maatregel 2 samengevat
Om het decentrale toezicht in positie te brengen bij bestrijding van zorgfraude dienen toezichthouders een onafhankelijke positie te hebben; gelijkwaardig aan contract-managers en in direct contact met contract-managers en wethouders. Dit stelt toezicht-houders in staat om concrete adviezen toe te lichten aan bestuurders (zodat passende maatregelen worden genomen) en om bestuurlijke lessen te verbinden aan toezicht-bevindingen. De personele bezetting dient te passen bij de werkvoorraad; qua formatie, kennis en vaardigheden. Dit vergt training en opleiding.

Ad c.) Breed en gevarieerd toezicht: om zicht te krijgen op de zorgpraktijk

Onderzoek naar zorgfraude laat zien dat malafide zorgaanbieders strategisch en financieel gemotiveerd opereren. Ze zoeken en benutten fraudekansen (Te Bos en Diepenmaat, 2025). Deze dynamiek bij zorgfraude vraagt **breed rechtmatigheidstoezicht**; gericht op Zorg in Natura én op pgb-zorg, bij Wmo-ondersteuning én bij jeugdhulp. Plus kwaliteitstoezicht op Wmo-ondersteuning. Om inzicht te krijgen op fraudepraktijken is ook **gevarieerd toezicht** geboden. Bij het in kaart brengen van afgeschermde fraudepraktijken bestaat behoefte aan verschillende werkwijzen om uit te zoeken wat er precies gebeurt.

Breed en gevarieerd toezicht voorkomt blinde vlekken en vergt inspanningen langs verschillende lijnen:

- Calamiteitentoezicht: onderzoek en rapportage bij calamiteiten.
- Signaalgestuurd toezicht: onderzoek en rapportage op basis van signalen over mogelijke fraude of over kwaliteitstekorten bij Wmo-ondersteuning.

- Risicogestuurd toezicht: onderzoek naar thema's of fenomenen (bijvoorbeeld 'begeleid wonen' of 'dagbesteding') waar risico's voor fraude of kwaliteitstekorten (Wmo) worden gezien. Bij het kwaliteitstoezicht op de Wmo in de regio Utrecht benoemt de GGD "weinig concurrentie" en "een groot aantal cliënten" bijvoorbeeld als risico (GGD Regio Utrecht, 2024 p. 7).
- Steekproefsgewijs toezicht: op basis van een steekproef (ad random) zet een toezichthouder onderzoeksmethoden in om te peilen of de geleverde zorg voldoet aan gestelde normen en overeenkomt met de gefactureerde zorg. Bijvoorbeeld een locatiebezoek (inclusief gesprekken met medewerkers van een zorgaanbieder) of gesprekken met cliënten over de zorg. Met steekproeven wordt beproefd hoe actueel het informatiebeeld over zorgfraude is.
- Het uitvoeren van aangekondigde en onaangekondigde locatiebezoeken (Te Bos en Diepenmaat, 2025). De zogenoemde Zorgbrigade van de gemeente Groningen voert bijvoorbeeld onaangekondigd (integrale) controles uit (Actieplan Zorgfraude gemeente Groningen, p. 14).
- Het toepassen van verschillende onderzoeks-methoden (VNG, 2026): analyse (deskresearch) van documenten en facturen; het interviewen van cliënten, cliënt-vertegenwoordigers, medewerkers en directie van de zorgaanbieder; huisbezoeken en/of locatiebezoeken; controle van cliëntdossiers op afspraken en normen over de te verlenen zorg; en observaties van de dagelijkse praktijk. De aard van de zorgfraude vergt dat toezichthouders complexe bedrijfsstructuren en geldstromen in kaart brengen.
- De Regeling Jeugdwet bepaalt dat de gemeente de mogelijkheid heeft tot het starten van een formele of materiële controle dan wel een fraudeonderzoek bij een (gecontracteerde) aanbieder. Zie tabel 5.2.

Tabel 5.2: Onderzoek op basis van de Regeling Jeugdwet

De Regeling Jeugdwet bepaalt dat de gemeente de mogelijkheid heeft tot het starten van een formele of materiële controle dan wel een fraudeonderzoek bij een (gecontracteerde) aanbieder. Deze VNG-handreiking werkt dit uit. Een *formele controle* betreft het controleproces van de facturen. De gemeente toetst daarbij de declaratie van de aanbieder en bekijkt of de factuur voldoet aan de regels. Een *materiële controle* gaat verder en onderzoekt of de gedeclareerde prestatie daadwerkelijk is geleverd en aansluit op de beschikking. Dit kan uitmonden in een zogenoemde detailcontrole, waarbij (informatie uit) dossiers wordt bekeken. Tot slot bestaat de mogelijkheid tot het uitvoeren van een *fraudeonderzoek*, waarbij de gemeente onderzoekt of de jeugdhulpaanbieder heeft gefraudeerd. Dit kan worden ingesteld naar aanleiding van een materiële controle, al kan het ook worden gebaseerd op andere bronnen (bijvoorbeeld meldingen in combinatie met signalen van uitvoerende professionals).

Toezicht en handhaving: maatregel 3 samengevat
De veelzijdigheid, dynamiek én afscherming van zorgfraude vragen om breed en gevarieerd toezicht: gericht op Zorg in Natura én op pgb-zorg, met inzet van verschillende onderzoeksmethoden en vormen van toezicht.

Toepassing van vier toezichtvarianten verkleint de kans op blinde vlekken in de kennis over de lokale zorgpraktijk: calamiteitentoezicht; signaalgestuurd toezicht; risico-gestuurd toezicht en steekproefsgewijs toezicht. Onaangekondigd toezicht helpt om een goed beeld te krijgen van feitelijke zorgpraktijken.

Ad d.) Van toezicht naar interventie

Het *'Handboek zorgfraude en zorgcriminaliteit'* (Samen Weerbaar Gelderland-Midden, 2025) zet op een rij wat de interventiemogelijkheden zijn als een toezichtrapport overtredingen constateert. Zo'n rapport bevat een interventieadvies. Het opleggen van een maatregel is **maatwerk**. Een zware maatregel (zoals het contractontbinding) kan noodzakelijk zijn vanwege de sociale

onveiligheid van cliënten, al heeft het vergaande gevolgen: de gemeentelijke zorgplicht vereist dat cliënten een plek krijgen bij een andere zorgaanbieder. Dit onderstreept het belang van proactief of vroegtijdig toezicht. In dat geval volstaan eerder lichte interventies om verbeteringen door te voeren.

De volgende interventies zijn mogelijk:

1. **Advies- en stimuleringsmaatregelen.** In een gesprek wordt een zorgaanbieder gewezen op risico's of op beperkte tekortkomingen in de bedrijfsvoering op basis van een toezichtrapport. Er worden adviezen verstrekt aan de aanbieder, om orde op zaken te stellen. Hiervoor wordt gekozen als de kans hoog wordt ingeschat dat de aanbieder meewerkt aan verbeteringen.

2. **Corrigerende maatregelen.** Corrigerende maatregelen oefenen invloed uit op een zorgaanbieder om een vastgestelde tekortkoming weg te nemen. Dit resulteert bijna altijd in een **verbeterplan** dat aangeeft hoe dit wordt gedaan. Om verbeteringen af te dwingen kan worden gekozen voor 'verscherpt toezicht' of 'ingebrekestelling'.

3. **Bestuursrechtelijke maatregelen.** De gemeente (het college van burgemeester en wethouders) kan op grond van de **Algemene wet bestuursrecht** maatregelen opleggen (Samen Weerbaar Gelderland-Midden, 2025): *a.)* een schriftelijke waarschuwing; *b.)* een last onder dwangsom (een financiële prikkel om een actie af te dwingen, bijvoorbeeld inzage in stukken; blijft dat achterwege wordt de dwangsom verbeurd en dient het bedrag te worden betaald); en *c.)* een last onder bestuursdwang (als een aanbieder geen orde op zaken stelt, beëindigt de gemeente de overtreding op kosten van die aanbieder).
   Op basis van de **Wmo en Jeugdwet** zijn de volgende maatregelen mogelijk:
   - De beslissing intrekken of herzien.
   - Wmo: de geldwaarde van een maatwerkvoorziening of pgb terugvorderen. Het rapport 'Drieluik terugvorderen bij fraude' zet op een rij hoe dit werkt in bestuursrecht, civiel recht en strafrecht (VNG, 2020).
   - Jeugdwet: terugvorderen is alleen mogelijk bij een pgb.
   - Het bestuursrecht biedt al met al beperkte mogelijkheden om sancties op te leggen. Daarom zijn contractbepalingen en het privaatrecht belangrijk.

4. **Privaatrechtelijke maatregelen.** Gemeenten staan in een privaatrechtelijke verhouding tot gecontracteerde zorgaanbieders. Zorgaanbieders leveren een wanprestatie als ze niet voldoen aan inkoopvoorwaarden. Privaatrechtelijke maatregelen zijn onder meer:
   - Een cliëntenstop, een facturatiestop, een verbod op uitbreiding van een contract, een korting op het uurtarief of een civielrechtelijke boete (indien opgenomen in contract).
   - Schadevergoeding vorderen.
   - Verrekening of terugvordering.
   - Het ontbinden van de overeenkomst.

   Bij pgb-zorg kan het college van burgemeester en wethouders via een derdenbeding geld terugvorderen bij een zorgaanbieder, mits het pgb is herzien of ingetrokken door toerekenbaar handelen van de zorgaanbieder. Cliënten en zorgaanbieders zijn verplicht in hun zorgovereenkomst een derdenbeding op te nemen.

5. **Het strafrecht.** Indien een gemeente beschikt over een **sociaal rechercheur** (boa domein V) kan strafrechtelijk onderzoek worden gedaan naar zorgfraude (valsheid in geschrifte of oplichting). Als de feiten en omstandigheden volgens een gemeente vragen om (verdergaand) strafrechtelijk onderzoek, kan aangifte worden gedaan. Strafrechtelijk onderzoek kan worden uitgevoerd door de Nederlandse Arbeidsinspectie, door de FIOD (grootschalige witwasonderzoeken) of door de politie. Om de kans te vergroten dat strafrechtelijk onderzoek wordt uitgevoerd, kan de gemeente een **rapportage** maken met zoveel mogelijk **feiten en omstandigheden** (Samen Weerbaar Gelderland-Midden, 2025).

   Zorgfraude door criminele netwerken is een schoolvoorbeeld van **ondermijning:** georganiseerde strafbare feiten met schadelijke effecten, zoals het weglekken van zorggeld

en/of het misbruiken van afhankelijkheden van zorgcliënten. Bij de aanpak van ondermijning zijn preventieve, corrigerende en repressieve gemeentelijke inspanningen nodig; aanvullend is strafrechtelijke inzet noodzakelijk (Tops en Van der Torre, 2024).

Toezicht en handhaving: maatregel 4 samengevat
Als een toezichtrapport overtredingen constateert dient, op basis van een interventieadvies, een passende maatregel te worden opgelegd. Dit vergt kennis van potentiële maatregelen, als grondslag voor een keuze uit **verschillende interventie-richtingen**: advies- en stimulerings-maatregelen, corrigerende maatregelen, bestuursrechtelijke maatregelen, privaat-rechtelijke maatregelen en inzet van het strafrecht. Beperkingen aan bestuurs-rechtelijke interventiemogelijkheden onderstrepen **het belang van duidelijke normstelling in het contract**, als basis voor inzet van privaatrechtelijke maatregelen. Vanwege de sterk ondermijnende effecten van zorgfraude door criminele netwerken verdient dit strafrechtelijke prioriteit; aanvullend op gemeentelijke maatregelen.

6

Samenwerking: focus, kennis en gedoseerde integraliteit

Doelen

De aanpak van zorgfraude vergt **prioriteit**, kennis en inzet van het lokaal bestuur. Daarbij bestaat behoefte aan afstemming, gedoseerde integraliteit én focus. Dat kan door het overleg en de samenwerking te richten op de opdrachten in dit rapport. Dat zorgt voor *checks and balances* in het decentrale zorgsysteem. **De noodzakelijke keerzijde van professionele ruimte voor zorgaanbieders is gemeentelijke weerbaarheid en alertheid**: door normstelling, screening, frequente gesprekken door indicatiestellers met zorgcliënten over zorg(aanbieders), contractmanagement, toezicht en handhaving. De systematische invulling van deze opdrachten levert al doende een steeds beter **informatiebeeld** op van de lokale risico's op zorgfraude en op oneigenlijke zorgpraktijken. Samenwerking met focus heeft verschillende doelstellingen:

1. De aanpak van zorgfraude **politiek-bestuurlijk prioriteren**; als een permanente opdracht voor het lokaal bestuur.
2. De prioriteit voor zorgfraude **vertalen** in samenwerking bij inhoudelijke opdrachten.
3. Het realiseren van **gedoseerde integraliteit** bij fraudebestrijding; binnen gemeenten, in het kader van een gemeenschappelijke regeling en bij externe samenwerking.
4. Het opbouwen van een **informatiebeeld over zorgfraude**.

Maatregelen

Met de volgende maatregelen kan gestalte worden gegeven aan samenwerking bij zorgfraudebestrijding:

a. Aanpak zorgfraude: politiek-bestuurlijke prioriteit
b. De uitvoeringsorganisatie in positie brengen
c. Een informatiebeeld zorgfraude
d. Gedoseerde integraliteit: interne coalities
e. Gedoseerde integraliteit: externe samenwerking

Ad a.) Aanpak zorgfraude: politiek-bestuurlijke prioriteit

Zorgfraude is een politiek-bestuurlijk en maatschappelijk vraagstuk, op het snijvlak van zorg en sociale veiligheid. Het gaat bij zorgfraude niet primair om onrechtmatige declaraties, valse diploma's of kwaliteitsproblemen. Het gaat over de **kwetsbaarheid van cliënten** die onvoldoende worden beschermd of die ontoereikende zorg ontvangen. Het gaat ook over zorgaanbieders (deels afkomstig uit de wereld van de georganiseerde misdaad) die afhankelijkheden van cliënten én van gemeenten misbruiken: ze frauderen of laten organisatorische belangen zwaarder wegen dan die van cliënten. Er lekt zorggeld weg als onnodige of ondermaatse zorg wordt geleverd.

Dit wijst op een **kerntaak** voor het lokaal bestuur: bij de aanpak van zorgfraude gaat het om het beschermen van kwetsbare mensen (zorgcliënten) en om de betrouwbaarheid en betaalbaarheid van de zorg. Dit vergt **politiek-bestuurlijke prioriteit voor de aanpak van zorgfraude**. Het zorgstelsel is complex. Het lokaal bestuur is aan zet om **langdurig te investeren in vijf opdrachten**:

De poortwachtfunctie aan de voorkant: normstelling en screening (hoofdstuk 2).

- Alertheid in lokale teams (toegangsorganisatie) bij indicatiestelling, regievoering en signalering van zorgfraude of oneigenlijke zorgpraktijken (hoofdstuk 3).
- Bij contractmanagement systeemkennis en uitvoeringsinformatie benutten, op zoek naar (risico's op) onrechtmatige praktijken; om zo nodig bij te sturen of te corrigeren (hoofdstuk 4).
- Onafhankelijke toezichthouders inzetten bij breed en gevarieerd toezicht, als basis voor gepaste (handhavings-)maatregelen (hoofdstuk 5).
- Het in kaart brengen van zorgfraude en het inrichten van een uitvoeringsorganisatie die gestalte geeft aan de zorgfraude-aanpak (dit hoofdstuk).

Samenwerking: maatregel 1 samengevat
De aanpak van zorgfraude verdient politiek-bestuurlijke prioriteit in het lokaal bestuur. Dat is nodig om kwetsbare mensen (zorg-cliënten) te beschermen en omwille van de betrouwbaarheid en betaalbaarheid van de zorg. Hoewel het zorgstelsel complex is, maken investeringen in de vijf opdrachten in dit rapport het lokale zorglandschap meer fraudebestendig. Dat zijn weliswaar veel inspanningen, maar het kan worden toebedeeld aan verschillende ambtelijke professionals; het zijn parallelle activiteiten, met afstemming (zie punt d.)

Ad b.) De uitvoeringsorganisatie in positie brengen

Het is nodig en mogelijk om vooruitgang te boeken bij gemeentelijke zorgfraudebestrijding. Om dit te realiseren is aandacht nodig voor wat bestuurskundigen **invoering** noemen: zorgen dat er kwantitatief en kwalitatief voldoende personeel beschikbaar is. Invoering legt de basis voor succesvolle uitvoering. Het vergt investering in de **kwaliteit van het personeel** (onder andere opleiden en trainen) en in de kwantiteit. Immers, de **formatie** en de personele competenties dienen toereikend te zijn voor de werklast. Met het oog op de vijf opdrachten wordt aandacht gevraagd voor de volgende vraagstukken wat betreft personeel, kennis en formatie:

- De lokale teams dienen in staat te zijn tot indicatiestelling en regievoering; met acceptabele wachtlijsten voor mensen met een hulpvraag en met voldoende frequente gesprekken met cliënten over zorg(aanbieders). Lange wachtlijsten hebben ongewenste effecten: problemen verergeren mogelijk in de wachttijd; indicatiegesprekken staan onder druk (irritatie bij inwoners die lang hebben gewacht en tijdsdruk); en bij jeugdhulpvragen wordt uitgeweken naar de huisarts.
- Het vergt blijvende investeringen in het goed neerzetten van de toezichtfunctie. Deze functie is in ontwikkeling; veel gemeenten (of gemeen-schappelijke regelingen) dienen te investeren in toezicht om te voldoen aan competenties in het VNG-beroepsprofiel (VNG, 2026).
- Investeren in de kennis en personele continuïteit (niet te veel wisselingen, vacatures of tijdelijke inhuur) van beleidsadviseurs (Wmo, jeugd) en van kwaliteitsmedewerkers.
- Het stimuleren en ontwikkelen van de dubbele strategie onder contractmanagers: relatiebeheer en grenzen stellen. Dat vergt: 1.) alertheid op zorgfraude en op oneigenlijke zorgpraktijken; én 2.) een open houding voor kritiek op zorgaanbieders door inwoners en ambtelijke professionals, zoals indicatiestellers en toezichthouders.
- Via trainen en opleiding zorgen voor bewustwording over zorgfraude (en over oneigenlijke zorgpraktijken) bij medewerkers: "Organiseer interne bewustwordingssessies voor onder andere contractmanagers, consulenten en kwaliteitsmedewerkers. Zorg dat medewerkers zich bewust worden van signalen die kunnen duiden op zorgfraude en zorg dat men weet waar zij deze signalen kunnen melden" (Weerbaar Gelderland-Zuid, 2025, p. 11).
- Het ondersteunen en trainen (met realistische simulaties) van wethouders zorg; gericht op het toepassen van de vijf opdrachten, met oog voor dilemma's. Bijvoorbeeld spanning tussen vertrouwen en controle of tussen argumenten pro en contra handhaving met zware maatregelen.

Samenwerking: maatregel 2 samengevat
Om de vijf opdrachten in de praktijk te brengen dienen de **formatie en personele kwaliteiten toereikend te zijn**: in de lokale teams (geen wachtlijsten; tijd en competenties voor indicatiestelling en regievoering); bij toezicht (ontwikkelen als volwaardige pijler); bij contractmanagers (zorgen voor relatiebeheer én normstelling, alert op zorgfraude en oneigenlijke praktijken); en onder beleidsadviseurs en kwaliteitsmedewerkers. Zorg voor het trainen en opleiden van ambtelijke professionals én wethouders zorg.

Ad c.) Een informatiebeeld zorgfraude

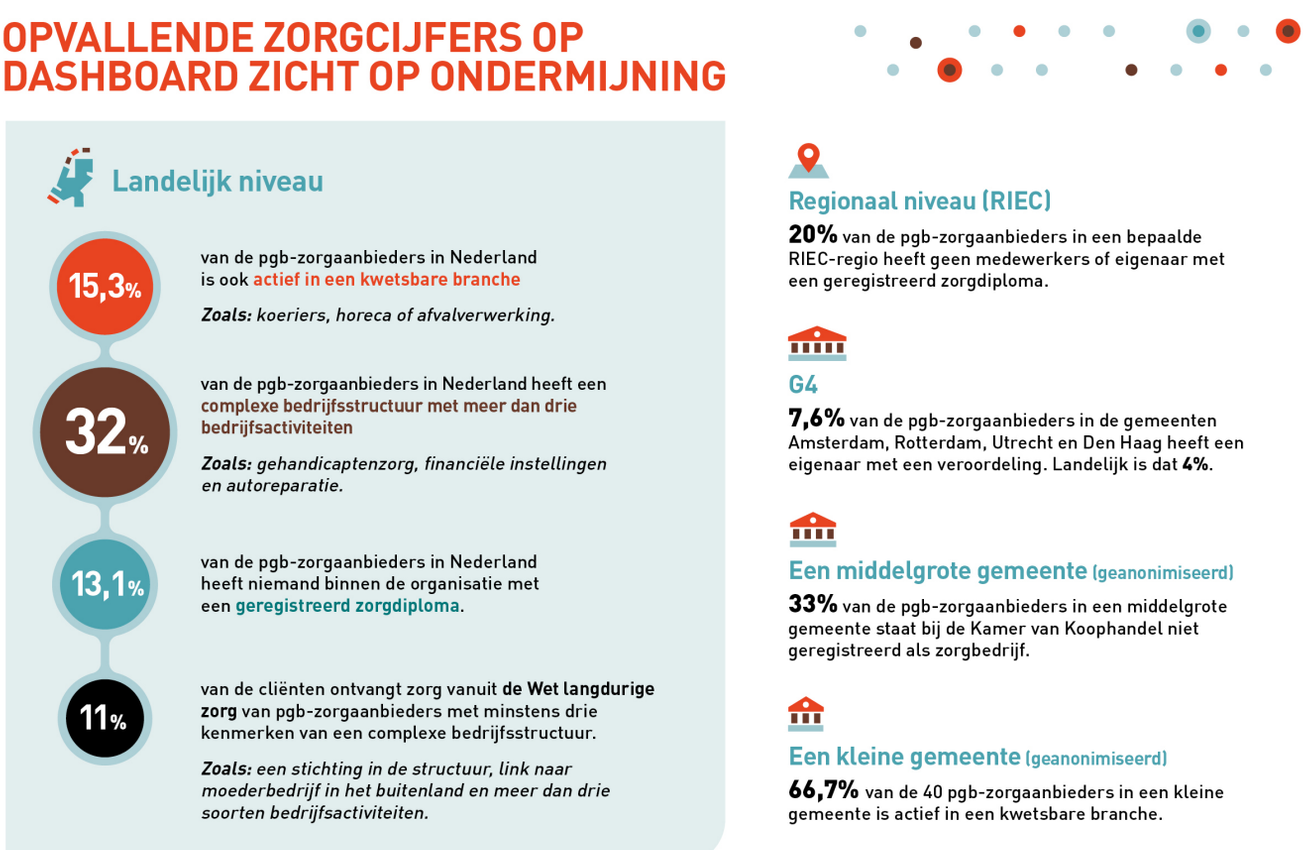
Bij de gemeentelijke aanpak van zorgfraude is informatie over dit fenomeen vereist. Die informatie voedt het beleid én de aanpak levert al doende informatie op over zorgfraude. Het is

belangrijk om te weten welke signalen er zijn over zorgfraude en over oneigenlijke zorgpraktijken en waar de risico's (type aanbieders, aard van de zorg) schuilen.

Het opbouwen van een informatiebeeld zorgfraude kan in vijf stappen:

1. Het benutten van het dashboard Zicht op Ondermijning met analyses van pgb-aanbieders. Het dashboard, dat onder verantwoordelijkheid van de afdeling Ondersteuning Bestuur van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties wordt ontwikkeld, heeft (per gemeente, regio, provincie en landelijk) analyses uitgevoerd die wijzen op risico's op mogelijk criminele praktijken bij pgb-zorg. In de loop van dit jaar, zo is de planning, wordt de populatie van deze analyses uitgebreid, onder andere naar gecontracteerde zorgbedrijven. Uitsplitsing is mogelijk naar Wmo-ondersteuning, jeugdhulp en Wlz. Dit brengt momenteel vijf zaken in kaart:
   - Het aantal aanbieders dat over geen enkele zorggerelateerde SBI-code beschikt, oftewel geen zorggerelateerde bedrijfsactiviteit heeft geregistreerd.
   - De mate waarin zorgaanbieders actief zijn in kwetsbare branches, waarvan bekend is dat ze gevoelig zijn voor criminele praktijken.
   - Zorgaanbieders met een veroordeling, uitgesplitst naar: drugsdelicten; financieel ondermijnende delicten; ondermijnende delicten en alle delicten.
   - Het aantal zorgaanbieders waarbij het personeel (eigenaar en werknemers) geen geregistreerd zorgdiploma heeft.
   - Het aantal zorgaanbieders met een complexe bedrijfsstructuur.
   - Zie figuur 6.1 voor enkele voorbeelden.

Figuur 6.1 Opvallende zorgcijfers op het dashboard Zicht op Ondermijning.



Bron: dashboard Zicht op Ondermijning (www.zichtopondermijning.nl). Cijfers over peiljaar 2023. Dashboard geraadpleegd op 30 juni 2026.

2. Het inventariseren en ordenen van meldingen, acties en output:
   - Relevante signalen of meldingen over mogelijke zorgfraude.
   - Uitgevoerde controles, audits of onderzoeken door contractmanagers of toezichthouders.
   - De interventies (van lichte maatregelen tot zware sancties) door contractmanagers en toezichthouders.

   Het dient te worden ingepast in de werkprocessen om deze informatie op een rij te zetten; ook om wethouders en raadsleden te informeren.

3. De geregistreerde kennis (punt 1 en 2) periodiek verrijken en verklaren in interviews met ambtelijke professionals met uitvoeringskennis: contractmanagers, kwaliteitsmedewerkers, beleidsadviseurs, medewerkers van lokale teams, toezichthouders en OOV-ambtenaren. Met de optie om RIEC-medewerkers en politiemensen te interviewen.

4. Optie 1: een incidentele aanvullende analyse van (een steekproef van) bestuursrechtelijke dossiers van toezichthouders.

5. Optie 2: een incidenteel criminologisch onderzoek naar een selectie van zorgaanbieders (op basis van toezichtonderzoeken en interviews) in gesloten bronnen (politie en justitie).[26]

Samenwerking:
maatregel 3 samengevat
Een informatiebeeld zorgfraude voedt de aanpak en is daar het product van. Het vergt het bijeenbrengen en analyseren van verschillende bronnen: het dashboard Zicht op Ondermijning over pgb-zorgfraude; een overzicht van fraudemeldingen, acties en interventies; en uitvoeringskennis van professionals. Met als optie het (incidenteel) analyseren van bestuursrechtelijke dossiers (rechtmatigheidsonderzoeken) en/of justitiële bronnen.

Ad d.) Gedoseerde integraliteit: interne coalities

Binnen gemeenten en in het kader van gemeenschappelijke regelingen is gedoseerde samenwerking nodig; onnodige uitvoeringsdrukte dient te worden voorkomen. Dit vergt coalities tussen ambtelijke professionals die overlegmomenten benutten voor afstemming, als basis voor een integrale blik en aanpak. Er zijn wat dit betreft geen standaarden, al vervult de volgende afstemming (los van de precieze samenstelling van het overleg) functies bij de fraudeaanpak:

- Bestuurlijk overleg: in het dagelijks bestuur van de gemeenschappelijke regeling en overleg tussen wethouders zorg van gemeenten die deelnemen aan deze regeling.
- Wethouders-overleg: overleg van de wethouder zorg met beleidsadviseurs, kwaliteitsmedewerkers, toezichthouders en contractmanagers. Ook om (in passende samenstelling) casus en knelpunten te bespreken, inclusief situaties waarin (mogelijk) sancties worden opgelegd aan zorgaanbieders.
- Ambtelijk 'breed' overleg (beleid): inkoopspecialisten, contractmanagement, toezichthouders en leidinggevenden.
- Structureel uitvoerings- en voortgangsoverleg: tussen toezichthouders (Wmo, Jeugdwet) en contractmanagers, ook over casus (Weerbaar Gelderland-Zuid, 2025). Met aansluitend overleg tussen deze professionals en indicatiestellers en/of consulenten uit het lokale team.
- Structureel toezichthouders-overleg: tussen toezichthouders rechtmatigheid (Wmo) en kwaliteit (Jeugdwet) met inspecteurs van de IGJ; over kwaliteitstoezicht door de IGJ bij jeugdhulp, Wlz-zorg of Zvw-zorg. En afstemming met de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa) als toezichthouder rechtmatigheid bij Wlz-zorg en Zvw-zorg.
- Structureel overleg tussen toezichthouders zorg (Wmo en Jeugdwet) en medewerkers op het veiligheidsdomein (zie Weerbaar Gelderland-Zuid, 2025 en tabel 6.1), omdat:
  - 'Veiligheid' bij generieke operationele processen – toezicht op straat, controle van woningen of vakantieparken; zie tabel 6.1 – stuit op misstanden in de zorg, bijvoorbeeld

26 Hiertoe dient uiteraard toestemming te worden gevraagd en verstrekt. Het is een gangbare wijze van criminologisch onderzoek. Het IKZ (2020) raadpleegde justitiële bronnen bij een analyse van twintig zorgaanbieders in Oost-Nederland.

illegale huisvesting van zorgcliënten op een vakantiepark (ook wat betreft Wlz-zorg en Zvw-zorg).
  - Zorgfraude samen kan gaan met (georganiseerde) misdaad.
- Zorgcriminaliteit is zorgfraude én tevens een vorm van ondermijning.[27] Dit tilt de aanpak van zorgcriminaliteit ook richting de (bevoegdheden van de) burgemeester en de afdeling openbare orde en veiligheid die gestalte geven aan de gemeentelijke ondermijningsaanpak. Dit vergt samenwerking tussen het sociale domein en de gemeentelijke veiligheidsorganisatie. Er kunnen op beide domeinen interventies worden doorgevoerd. De veiligheidsafdeling kan bijvoorbeeld een Bibob-toets uitvoeren of controleren onder welke (mogelijk illegale) omstandigheden zorgcliënten worden gehuisvest.
- Richt de gemeentelijke ondermijningsaanpak ook op georganiseerde criminelen die actief zijn in de zorg; lokaal of regionaal. Geef prioriteit aan dit soort casus vanwege de grote risico's die dit oplevert voor (de veiligheid van) zorgcliënten en voor misbruik van geldstromen, vastgoed en opgebouwde bedrijfsstructuren.
- Een gemeente beschikt over toezichthouders en andere ambtenaren die bij werk op straat of bij controles een goede kans hebben om regelmatig te stuiten op signalen van zorgfraude. Bijvoorbeeld BRP-toezichthouders, geüniformeerde boa's, jongerenwerkers, bouwinspecteurs en interventieteams voor ondermijning of meer specifiek voor woonfraude en/of woonoverlast. Ze merken onder andere dat zorgcliënten slecht worden behandeld (bijvoorbeeld illegale of onhygiënische huisvesting) of krijgen te horen dat jongvolwassenen worden geronseld: bijvoorbeeld een 'gratis kamer', mits een zorgindicatie wordt aangevraagd om de huur te betalen. Het is belangrijk dat deze ambtelijke professionals weten waar en hoe ze dit soort signalen kunnen melden.
- Georganiseerde zorgfraudeurs verdienen veel geld én hebben daartoe gemeentelijke diensten nodig; een contract, een maatwerkovereenkomst, het continueren van de relatie, verstrekking van een pgb, een reeks indicaties en beschikkingen en 'gunstige' resultaten van audits, controles of onderzoeken. Het is daarom belangrijk om deze gemeentelijke functies te benoemen als kritische functies of processen; in het kader van het integriteitsbeleid, met onder andere preventieve scherpte bij het selecteren van ambtelijke professionals. Het dient duidelijk te zijn waar mogelijke integriteitsschendingen (door ambtenaren, bestuurders en raadsleden) wat betreft decentrale zorg gemeld kunnen worden.

Informatie-uitwisseling dient te worden gebaseerd op de AVG, met als rode draden: proportionaliteit en alleen informatie delen die noodzakelijk is om doelen in het zorgfraude-beleid te realiseren.

Tabel 6.1: Domein-overstijgende aanpak zorgfraude in de gemeente Groningen

De pilot Zorgbrigade van de gemeente Groningen is gebaseerd op het uitgangspunt dat de aanpak van zorgfraude domein-overstijgend is. Het Actieplan Zorgfraude van deze gemeente vermeldt: "Om daadkrachtig tegen fraude op te treden is in het najaar van 2024 de pilot Zorgbrigade gestart. Het doel van deze pilot was om de diverse directies met elkaar te verbinden in de aanpak van zorgfraude, signalen binnen te halen en deze zo integraal mogelijk aan te pakken. (...) Onderdeel van de Zorgbrigade is het uitvoeren van integrale (onaangekondigde) controle. De toezichthouder Wmo en Jw sluit regulier aan bij de Groningse ondermijningstafel om mogelijke casuïstiek in te brengen. We maken op deze manier zoveel mogelijk verbinding met tafels en teams die mogelijkerwijs met het onderwerp zorgfraude geconfronteerd worden. Door te investeren in zichtbaarheid van de Zorgbrigade proberen wij de drempel naar informatie-uitwisseling te verlagen. Per betrokken directie gaan wij één pionier aanwijzen om onze aanpak te borgen".

27 De term ondermijning verwijst naar de schadelijke effecten van georganiseerde misdaad (Tops en Van der Torre, 2024).

Tabel 6.2: Alertheid gevraagd op signalen zorgfraude bij algemeen (gemeentelijk) toezicht

Gemeenten houden in algemene zin toezicht op straat (geüniformeerde toezichthouders en boa's) en door middel van controles, zoals controle op woonfraude of huisbezoeken bij toezicht op de Basisregistratie personen. Dit geeft inzicht in wie er nu precies in een gemeente of pand wonen en onder welke omstandigheden; dat is waardevolle informatie bij de ondermijningsaanpak (Tops en Van der Torre, 2024). Daarbij stuiten ambtenaren op zorgcliënten. Dat is belangrijke informatie voor de zorgtoezichthouders. Bijvoorbeeld als zorgcliënten illegaal wonen of in een onhygiënisch pand zijn gehuisvest. **Gemeentelijke toezichthouders en handhavers** (BRP-toezichthouders, toezichthouders woonfraude, bouwinspecteurs en geüniformeerde boa's en toezichthouders) hebben een **belangrijke signalerende functie** bij de aanpak van zorgfraude.

Samenwerking: maatregel 4 samengevat
Zorg voor gedoseerde integraliteit: vorm professionele coalities bij de zorgfraude-aanpak en benut daarbij structureel overleg tussen: *1.)* toezichthouders en contract-managers (met aansluitend afstemming met indicatiestellers in lokale teams); *2.)* toezichthouders-overleg (inclusief afstemming met de IGJ); en *3.)* lokale toezichthouders zorg en gemeentelijke veiligheidsambtenaren.

Ad e.) Gedoseerde integraliteit: externe samenwerking

De bestrijding van zorgfraude vraagt ook gedoseerde externe samenwerking. Dit gaat verder dan het thema van dit rapport (de gemeentelijke aanpak van zorgfraude), al bestaat in dat kader behoefte aan externe actie en afstemming:

Grenzeloos toezicht en korte lijnen (1): bij lokale signalen van mogelijke zorgfraude of kwaliteitstekorten bij cliënten die in een andere gemeente een zorgindicatie hebben gekregen. Of omgekeerd. Contact leggen met die gemeente of de 'eigen' cliënten bezoeken in de gemeente waar ze zijn gehuisvest.

- Grenzeloos toezicht en korte lijnen (2): bij lokale signalen van mogelijke zorgfraude met Wlz-zorg of Zvw-zorg contact leggen met de NZa (rechtmatigheidstoezicht) en/of IGJ (kwaliteitstoezicht). Vanaf januari 2026 ziet de NZa toe op transparantie in de financiële bedrijfsvoering en openbare jaarverantwoording van jeugdhulpaanbieders; zie deze informatiekaart voor (nieuwe) taken van de NZa.
- Aangifte doen bij de politie van zorgfraude als er een harde zaak is. Bijvoorbeeld vanwege witwassen met een zorgbedrijf. Het strafrecht is een noodzakelijke aanvulling op bestuurlijke fraudebestrijding. Het Handboek zorgfraude en zorgcriminaliteit (Samen weerbaar, 2025, p. 26 en 27) geeft gemeenten tips om de kans op strafrechtelijke inzet te vergroten, zoals het opstellen van een chronologisch feitenrelaas.
- Bij de combinatie van zorgfraude met (andere) georganiseerde misdaad via ambtenaren openbare orde en veiligheid in overleg treden met het RIEC; over een mogelijke gecoördineerde RIEC-interventie.
- In het verlengde van de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz), op 1 januari 2025, werkt het kabinet aan aanvullende maatregelen om de informatieverstrekking door de politie over zorgfraude te verbeteren (Brief minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport, 8 juni 2026):
  - Mogelijke deelname van de politie aan de stichting IKZ. Hierover wordt besloten bij evaluatie van de Wbsrz in 2027.
  - Het ministerie van Justitie en Veiligheid streeft ernaar een machtigingsbesluit op te stellen voor de wet politiegegevens; als grondslag voor het delen van relevante informatie met (enkele) partners in de Taskforce Integriteit Zorgsector, waaronder gemeenten. Zo'n besluit maakt het mogelijk om politie-informatie (art 8, 9, 10 en 13 Besluit politiegegevens) te delen met IKZ-partners. Het betreft veelzijdige informatie, onder meer

politieregistraties en opsporingsinformatie. Het kan gaan om criminele (rechts)personen die zorg leveren, maar bijvoorbeeld ook om overlastmeldingen bij een zorglocatie. Zodra het machtigingsbesluit beschikbaar is, wordt in praktische zin gestalte gegeven aan werkprocessen voor informatiedeling van de politie met relevante gemeenten.

- Gemeenten dienen zich aan te sluiten bij de stichting IKZ en krijgen zo de mogelijkheid om het zogenoemde Waarschuwingsregister zorgfraude te benutten. Dit register staat in de kinderschoenen; ook op dit punt volgt dit rapport (met updates) de ontwikkelingen. Zie tabel 6.3 voor informatie over het waarschuwingsregister.

De 'proeftuin Twente' laat zien hoe belangrijk externe samenwerking is. Eerst dient de zorgfraude-aanpak door gemeenten (en binnen gemeenschappelijke regelingen) op orde te worden gebracht wat betreft Wmo-ondersteuning en jeugdzorg. Als die lokale aanpak 'staat', legt dat de basis voor meer externe samenwerking bij beleidsvorming en op casusniveau. Onder andere met politie, RIEC, IKZ en Belastingdienst. Niet alleen bij fraude met decentrale zorg, maar ook als wordt geconstateerd dat (mogelijk) wordt gefraudeerd met bijvoorbeeld Wlz-zorg. Dat vergt toenadering tot IGJ (Kwaliteitstoezicht), NZa (Rechtmatigheidstoezicht) en het zorgkantoor (verantwoordelijk voor uitvoering).

Samenwerking bij fraudebestrijding op alle wettelijke domeinen (Wmo, Jw, Zvw, Wlz en Wfz) vereist kennis, overzicht, bestuurlijke betrokkenheid en urgentiebesef. Dat ontstaat al doende binnen het lokaal bestuur, mits eerst de vijf opdrachten uit dit rapport worden ingevoerd. Bij de volgende versie van dit rapport wordt meer aandacht geschonken aan externe samenwerking en informatie-uitwisseling, op basis van op dat moment beschikbare ervaringen en (nieuwe?) instrumenten en werkwijzen.

Tabel 6.3: Over het Waarschuwingsregister zorgfraude

De Wet bevorderen samenwerking rechtmatige zorg (Wbsrz) maakt het mogelijk dat gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren gegevens delen via het Waarschuwingsregister Zorgfraude. Dit mag als er een gerechtvaardigde overtuiging bestaat dat een persoon of organisatie zorgfraude heeft gepleegd. Het **Protocol Waarschuwingsregister Zorgfraude** beschrijft de voorwaarden voor die overtuiging; er moet voldoende bewijs zijn van betrokkenheid bij fraude; de feiten moeten wijzen op een zwaardere verdenking dan alleen een redelijk vermoeden; en de gegevens moeten noodzakelijk zijn voor het voorkomen en bestrijden van zorgfraude. Bij gerechtvaardigde overtuiging van zorgfraude kan een gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor de betreffende persoon of organisatie registreren in het Waarschuwingsregister. Aangesloten organisaties kunnen zien dat er een waarschuwing is geregistreerd. Als een gemeente het register (gericht) raadpleegt, ziet zij alleen dat bij een andere deelnemer een gerechtvaardigde overtuiging van zorgfraude bestaat over die persoon of organisatie. Als de gemeente een relatie heeft met de betreffende partij, is de melding aanleiding om te onderzoeken of binnen die relatie sprake is van fraude. Heeft de gemeente nog geen relatie met de partij, kan de waarschuwing worden meegenomen in de risicoafweging voordat een overeenkomst wordt aangegaan. Bij een melding in het Waarschuwingsregister moeten gemeenten zelf onderzoeken en beoordelen welke acties passend zijn.

Literatuur- en bronnenlijst

Algemene Rekenkamer (2022). *Een zorgelijk gebrek aan daadkracht. Onderzoek naar de effectiviteit van zorgfraudebestrijding*. Zie: https://www.rekenkamer.nl/documenten/2022/04/14/een-zorg-gebrek-aan-daadkracht

Anti Money Laundering Centre. (2025). *Kennisdocument: Cash Compensatie Model in arbeidsintensieve branches.* Zie: https://www.amlc.nl/kennisdocument-cash-compensatie-model-in-arbeidsintensieve-branches/

Bureau financieel Toezicht. (2024, 24 oktober). *Praktijkvoorbeelden ongebruikelijke transacties zorgfraude*. Zie: https://www.bureauft.nl/media/bsbgxmq5/praktijkvoorbeelden-zorgfraude.pdf

Binnenlands Bestuur (2024, 5 augustus). *OM: Zorgfraude 10 miljard per jaar.* Zie: https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/jeugdzorg/om-zorgfraude-10-miljard-per-jaar

Centrale Raad van Beroep. (2024, 29 mei). ECLI:NL:CRVB:2024:1095. Zie: https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:CRVB:2024:1095&showbutton=%09rue&keyword=ECLI%253aNL%253aCRVB%253a2024%253a1095&idx=1

Dashboard Zicht op Ondermijning. (z.d.). *Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties*. Zie: https://www.zichtopondermijning.nl/

De Koster, Y. (2020, 11 september). *Hoe Deventer jeugdbudget overhoudt*. Binnenlands Bestuur. Zie: https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/woo/hoe-deventer-jeugdbudget-overhoudt

De Staat van Volksgezondheid en Zorg. (2026). *Uitgaven Wet maatschappelijke ondersteuning*. Zie: https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/uitgaven-wet-maatschappelijke-ondersteuning

Fenger, M., Chin-A-Fat, N., Frankowski, A., & van der Torre, L. (2016). *Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke domein*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Zie: https://www.researchgate.net/publication/348777248_Naar_rechtmatige_zorg_in_het_gemeentelijke_sociale_domein

Gemeente Rotterdam. (2024, 7 november). *Actieplan preventie en aanpak zorgfraude 2024–2027*. Zie: https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/uitgaven-wet-maatschappelijke-ondersteuning

Gemeente Groningen (2025). *Actieplan aanpak zorgfraude*. Zie: https://gemeenteraad.groningen.nl/Documenten/Bijlage-Actieplan-Aanpak-Zorgfraude-gemeente-Groningen.pdf

GGD Amsterdam. (2026). *Werkwijze en kaders Wmo-toezicht*. Zie: https://www.ggd.amsterdam.nl/inspectie/wmo/werkwijze-en-kaders/

GGD Regio Utrecht. (2024, augustus). *Kader toezicht Wmo 2021* (versie augustus 2024). Zie: https://ggdru.nl/wp-content/uploads/2022/07/Kader-toezicht-Wmo-GGDrU-2021.pdf

Huisjes, B. (2026, 28 maart). *Fantoombedrijven, valse facturen en versluierde transacties: Zo wordt drugsgeld in de pgb-zorg witgewassen*. Zie: https://www.telegraaf.nl/binnenland/fantoombedrijven-valse-facturen-en-versluierde-transacties-zo-wordt-drugsgeld-in-de-pgb-zorg-witgewassen/142268514.html

IKZ (2019). *Fraude en verwaarlozing bij beschermd en begeleid wonen*. Zie: https://www.ikz.nl/wp-content/uploads/2025/03/VersietoegankelijkheidseisenEindrapportbeschermdbegeleidwonen.pdf

IKZ (2020). *Verwevenheid zorg & criminaliteit*. Zie: https://www.ikz.nl/wp-content/uploads/2025/01/Verwevenheid-zorg-en-criminaliteit-2020.pdf

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2026). *Fraude in de zorg*. Zie: https://www.igj.nl/onderwerpen/themas-in-het-toezicht/fraude-in-de-zorg

Ketenbureau i-Sociaal Domein (2025). *Maatwerkovereenkomst*. Zie: https://i-sociaaldomein.nl/producten/maatwerkovereenkomst/

Landelijk Informatie en Expertise Centrum (LIEC) (2019). *Landelijk beeld van ondermijnende criminaliteit*. Zie: https://www.riec.nl/documenten/2019/10/21/landelijk-beeld

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2024, 10 juni). *Eindrapport: Inzet uitvoeringsvarianten in de Wmo*. Rijksoverheid. Zie: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2024/06/10/eindrapport-inzet-uitvoeringsvarianten-in-de-wmo

Minister van Langdurige zorg, Jeugd en Sport (2026, 8 juni). *Brief van de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport (*Kamerstuk 28 828, nr. 163). Zie: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2026D28067&did=2026D28067

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2025). *Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en sport en van onderwijs, cultuur en wetenschap* (Kamerstuk 28 828, nr. 141). Zie: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-28828-141.html

Politie Midden-Nederland (2024, mei), *Ondermijning in de zorg: een grote zorg. Signaaldocument.* Analyse & Onderzoek. Te vinden door de titel van het rapport als zoekterm in te vullen in google.

Regionaal Informatie- en Expertisecentrum Oost-Nederland. (2023). *Fenomeenanalyse criminele zzp'ers in de zorg*. Zie: https://kennisplatformondermijning.nl/files/view/ea0bda70-3541-42dc-abb5-784743fa90de/fenomeenanalyse_criminele_zzp-ers_in_de_zorg.pdf

Regionaal Inkoop- en Subsidiebureau Amersfoort. (2022). *Taakgericht werken.* Zie: https://www.amersfoort.nl/sites/default/files/Taakgericht%20werken_1.pdf

Rekenkamer Deventer (2021). *Zonder zorgen door-ontwikkelen. Over jeugdzorg en zorgfraude in Deventer.* Zie: https://www.rekenkamers.nl/wp-content/uploads/2024/04/RK-Deventer-Zonder-zorgen-doorontwikkelen-over-zorgfraude-2021.pdf

Rekenkamers Noord-Limburg. (2025). *Zorgfraude in beeld: Rekenkameronderzoek gemeentelijke aanpak Noord-Limburg*. Zie: https://www.rekenkamers.nl/rapport/zorgfraude-in-beeld-rekenkameronderzoek-gemeentelijke-aanpak-noord-limburg/

Regionaal informatie- en Expertisecentrum Oost-Nederland & Hekkelman advocaten en notarissen. (2023, 13 maart). *Praktische handreiking Toepassing van de Wet Bibob bij aanbestedingsprocedures.*

SamenTwente. (2023). *Concept implementatieplan Kwaliteit- en integriteitsinstrument Twente (KIT)*. Zie: https://www.vrtwente.nl/sites/vrt/files/vergaderstukken/D1c%20Bijlage%202%20Concept%20implementatieplan%20KIT.pdf

Samen Weerbaar Gelderland-Midden. (2025). *Handboek zorgfraude en zorgcriminaliteit.* Zie: https://kennisplatformondermijning.nl/files/view/215d3fab-c31a-4089-ada9-8c5dcebf0488/handboek_zorgfraude_en_zorgcriminaliteit_samenweerbaar_2025.pdf

Smits, K. (2024, 26 juni). De gemeenteraad is aan zet! De invulling van de eigen kracht moet in de verordening. Zie: https://www.schulinck.nl/opinie/de-gemeenteraad-is-aan-zet-de-invulling-van-de-eigen-kracht-moet-in-de-verordening/

Sociaal Domein Fryslân. (2023). *Het normenkader specialistische jeugdhulp Friesland.* Zie: https://www.sdfryslan.nl/wp-content/uploads/2023/08/Het-Normenkader-Specialistische-Jeugdhulp-Friesland.pdf

Spanjers, J., & Den Tek, K. (2024, 5 augustus). *OM niet in staat zorgfraude voldoende te bestrijden: 'Jaarlijks wordt er voor 10 miljard gefraudeerd'.* Zie: https://pointer.kro-ncrv.nl/om-niet-in-staat-zorgfraude-voldoende-te-bestrijden-jaarlijks-wordt-er-voor-10-miljard-gefraudeerd

Strategisch Kenniscentrum Ondermijnende Criminaliteit. (2026). *Dreigingsbeeld Ondermijning Nederland 2026*. Zie: https://open.overheid.nl/details/60564991-bfbe-4e74-818d-5685ba65220e

Stuurgroep i-Sociaal domein. (2021). *Model voor resultaatgericht beschikken en inkopen.* Zie: https://sociaalweb.nl/wp-content/uploads/po_assets/690624.pdf

Te Bos, J., & Diepenmaat, F. (2025). De aanpak van zorgfraude: Het belang van een vroege interventie. In T. Snaphaan, A. Verhage, M. Hoekstra & W. Huisman (Eds.), *De financiële kant van criminaliteit* (Cahiers Politiestudies, nr. 76, pp. 69–80). Gompel&Svacina.

Tops, P. W., & Van der Torre, E. (2024). *Ondermijning: Over de praktische betekenis van een analytisch begrip*. Boom Bestuurskunde.

Uenk, N., van der Ham, L. Van de Weerd, M., & Rensen, P. (2024). Eindrapport onderzoek uitvoeringsvarianten Wmo. Significant Public. Zie: https://open.overheid.nl/documenten/19aa3b82-7d76-4/8f1-946f-41f98651e7f5/file

Van den Elsen (2026, 29 juni). *Zorgcriminaliteit verplaatst van gecontracteerde naar ongecontracteerde zorg*. Zorgvisie. Zie: https://www.zorgvisie.nl/zorgcriminaliteit-verplaatst-van-gecontracteerde-naar-ongecontracteerde-zorg/

Van der Torre, E. J., & Heijkoop, M. M. (2020). Zorgfraude. Een wereld te winnen. Rotterdam LokaleZaken (in opdracht van VNG Naleving). Zie: https://vng.nl/artikelen/een-wereld-te-winnen

Van der Torre, E., Jongepier, T., Heijkoop, M. & Maan, J. (2022). *Zorgfraude in Rotterdam, ondermijnend genoeg*. Rotterdam LokaleZaken (in opdracht van VNG Naleving). Zie: https://onderzoek010.nl/news/%E2%80%9Czorgfraude-in-rotterdam,-ondermijnend-genoeg%E2%80%9D-/331

Van der Torre, E. J. (2022). *Van pionieren naar structureren: Over de gemeentelijke aanpak van zorgfraude.* Rotterdam LokaleZaken. Zie: https://lokalezaken.com/wp/wp-content/uploads/2022/06/Rapport-Van-pionieren-naar-structureren.pdf

Van der Torre, E.J. (2026, te verschijnen). *Met het oog op de ondermijningsaanpak. Empirisch onderzoek in het kader van de regiodeal Noardwest Fryslân*. Thorbecke Academie NHL Stenden Hogeschool.

Van der Waarden, R. (2025, december). *Vaarwel, zorgcowboys*. VNG Magazine, 13, 38–42. Zie: https://vng-magazine.paperturn-view.com/vng-magazine-december%092025?pid=ODk8921577

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2016, 1 oktober). *Wmo-huisbezoeken: Protocol*. Zie: https://agressietrainers.com/wp-content/uploads/2024/04/Wmo-protocol-huisbezoeken-VNG.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2019, 17 april). *Model verordening Sociaal domein en herziening model verordeningen jeugdhulp en Wmo 2015*. Zie: https://vng.nl/brieven/model-verordening-sociaal-domein-en-herziening-model-verordeningen-jeugdhulp-en-wmo-2015

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2020). *Drieluik terugvorderen bij fraude Wmo 2015 en Jeugdwet*. Zie: https://vng.nl/sites/default/files/2022-08/Drieluik-terugvorderen-Wmo-2015-en-Jeugdwet.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2020, december). *Handreiking Wmo-toezicht*. Zie: https://vng.nl/sites/default/files/2020-12/handreiking-wmo-toezicht_20201215.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2021, 18 februari). *Materiële controle Jeugdwet: Handreiking voor de uitvoering van de ministeriële regeling Jeugdwet (uitwisselen persoonsgegevens) voor het onderdeel materiële controle*. Zie: https://vng.nl/sites/default/files/2021-07/210628-materiele-controle-jeugdwet.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2024, 29 maart). *Richtinggevend kader: Toegang, lokale teams en integrale dienstverlening*. Zie: https://vng.nl/sites/default/files/2024-03/richtinggevend_kader_toegang_lokale_teams_en_integrale_dienstverlening.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2024, 4 september*) Routekaart Toezicht, Handhaving en Naleving: WMO 2015 en Jeugdwet*. Zie: https://vng.nl/artikelen/routekaart-toezicht-handhaving-en-naleving-wmo-2015-en-jeugdwet

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2024, 20 november*). Dashboard Zicht op Zorgaanbieders beschikbaar voor gemeenten*. Zie: https://vng.nl/nieuws/dashboard-zicht-op-zorgaanbieders-beschikbaar-voor-gemeenten

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2026, 10 februari). *Beroepsprofiel toezichthouder Wmo en Jeugdwet*. Zie: https://vng.nl/kennisbank-naleving/beroepsprofiel-toezichthouder-wmo-en-jeugdwet

Wallage, B (2021, 15 juni). *Legal Update. Resultaatgericht indiceren van Wmo-begeleiding is niet mogelijk*. Zie: https://www.vbk.nl/legalupdate/resultaatgericht-indiceren-van-wmo-begeleiding-niet-mogelijk

Weerbaar Gelderland-Zuid. (2025). *De basis op orde: Maatregelen in het kader van de aanpak van zorgfraude*. Zie: https://share.google/ZaMnATVVuicxJ6MoP

Zoutenbier, M., Heuts, F., In 't Veld, P., & Tazelaar, P. (2024). *Samenhang in het Wmo toezicht: Rechtmatigheid en kwaliteit. Vereniging van Nederlandse Gemeenten*. Zie: https://vng.nl/kennisbank-naleving/samenhang-in-het-wmo-toezicht-rechtmatigheid-en-kwaliteit

Bijlage 1

Kwaliteit en integriteit instrument Twente: uitsluitingsgronden en risico-indicatoren

(Letterlijk overgenomen)

A. Uitsluitingsgronden

1. Uittreksel Kamer van Koophandel (gewaarmerkt)
2. Europees aanbestedingsdocument (UEA)
3. Gedragsverklaring aanbesteden (GVA)
4. Verklaring belastingdienst
5. Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), alleen voor jeugd
6. Ernstige beroepsfout tot vijf jaar terug
7. Past performance tot drie jaar terug
8. Uitvoering Bibob-toets
   - Toets op strafrechtelijk verleden
   - Toets op politieverleden
   - Toets op fiscaal verleden

B. Kwaliteit uitsluitingseisen

1. Kwaliteitsmanagementsysteem
   - Kwaliteitscertificaat, keurmerk en/of eigen kwaliteitshandboek
2. Gekwalificeerd personeel
   - Overzicht medewerkers (waaronder in loondienst en evt. inzet onderaannemers)
   - Diploma's en/of vakbekwaamheidsbewijs van medewerkers in loondienst genoemd op het overzicht.(enkel uit DUO register in pdf)
   - Diploma's en/of EVC-certificaten van onder-aannemers genoemd op het overzicht. (enkel uit DUO register in pdf)
   - Arbeidsovereenkomsten medewerkers in loondienst genoemd op het overzicht.
   - Overeenkomst van opdracht in geval van onderaannemers
3. Veiligheid
   - VOG-verklaringen medewerkers in loondienst (niet ouder dan 3 maanden)
   - VOG verklaring stagiaires
   - VOG verklaring onderaannemers
   - Risicotaxatie-instrument/signalering op cliëntniveau
   - Incidentenprotocol
   - Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
4. locaties
   - Overzicht Locaties en/of vestigingen
   - Calamiteitenprotocol
   - Ontruimingsplan in geval van een locatie
   - Risico-inventarisatie en Evaluatie (RI&E)
5. Cliënt
   - Methodisch werken beschrijving max 2A4
   - Cliënt-tevredenheidsonderzoek (CTO)
   - Medezeggenschap
6. Organisatie
   - Klachtenregeling
   - privacybeleid (AVG) inclusief datalekprotocol
7. Financieel
   - Jaarrekening inclusief accountantsverklaring

C. Risico-indicatoren (aandachtspunten, geen uitsluitingsgronden)

1. Kamer van Koophandel
   - Is er sprake van meerdere KvK's, holding of financiële BV's
   - Waar bevindt zich de vestigingsplaats van de inschrijver zowel hoofdvestiging als nevenvestiging zoals op de KvK vermeld
   - Staat/ staan of heeft/ hebben de eigenaar(a) r(en), bestuurders (s) en of/ commissaris(sen) van inschrijver de afgelopen twee jaar ingeschreven gestaan bij de KVK in één of meerdere niet zorg-specifieke branches/ sectoren (SBI- codes)?
2. Jaarrekening
   - Blijkt uit de jaarrekening dat de solvabiliteit hoger is dan 20% Zo ja weging 3, zo nee weging 1
   - Blijkt uit de jaarrekening dat het winstpercentage hoger is dan 5% Zo nee weging 3 Zo ja weging 1
   - Wordt er dividend uitgekeerd?
   - Blijkt uit de jaarrekening dat het aandeel loonkosten hoger is dan 70% van de totale omzet. Zo ja weging 3, Zo nee weging 1.
   - Controle op accountantsverklaring

3. Faillissement
   - Is de bestuurder in de afgelopen 5 jaar eerder failliet gegaan of op dit moment in staat van faillissement (wanneer al uitgesproken wellicht onderdeel van Bibob)
4. Aandeelhoudersregister
   - Aandeelhoudersregister toets op eerdere betrokkenheid bij ontbonden overheidsopdracht en/of faillissement
5. Onderaannemers
   - De inschrijver heeft meer dan 10 onder-aannemers aangemeld
6. Arbeidsovereenkomsten
   - Zijn er veel tijdelijke arbeidsovereenkomsten voor het uitvoeren van de opdracht
7. Website
   - Beschikt de website over voldoende informatie voor de cliënt zoals: bereikbaarheid, aanbod, wachtlijst, klachtenregeling, privacy-beleid wel of niet?
8. Locatie
   - Hebben eigenaar, bestuurders en/of commissarissen van inschrijver onroerend goed in privébezit wat wordt verhuurd aan de cliënten van inschrijver?
9. Belasting
   - Is er sprake van belastingschuld? Zo ja, wat is de oorzaak?

Colofon

Titel
Gemeentelijke grip op zorgfraude: Vijf opgaven voor het lokaal bestuur om zorgfraude terug te dringen

Auteur
dr. Edward van der Torre (edward.van.der.torre@nhlstenden.com)

Uitgave
Thorbecke Academie

In opdracht van
Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Vormgeving
Xerox

Eerste druk
2026

Copyright
© 2026, Thorbecke Academie

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechthebbende.

Disclaimer
Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het onderzoek berust bij de auteur. De inhoud weerspiegelt niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

THORBECKE ACADEMIE
NHL STENDEN